

UNIVERSITÉ DE PARIS — FACULTÉ DE MÉDECINE

ANNÉE 1913

N°

THÈSE

24

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

L'Appendicite gauche

PAR

Paul THOBY

NÉ LE 4 JUILLET 1886 A NANTES (LOIRE-INFÉRIEURE)

Prosecteur à l'Ecole de Médecine de Nantes

Président : M. le Professeur LEJARS

PARIS

LIBRAIRIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

OLLIER-HENRY

26, RUE MONSIEUR-LE-PRINCE (VI^e)

1913

10

24

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

L'Appendicite gauche

PAR

Paul THOBY

NÉ LE 4 JUILLET 1886 A NANTES (LOIRE-INFÉRIEURE)

Prosecteur à l'Ecole de Médecine de Nantes



Président : M. le Professeur LEJARS

PARIS
LIBRAIRIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
OLLIER-HENRY
26, RUE MONSIEUR-LE-PRINCE (VI^e)

1913

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	Professeurs	M. LANDOUZY MM.
Anatomie.		NICOLAS
Physiologie.		CH. RICHET
Physique médicale.		WEISS
Chimie organique et chimie générale.		DESGREZ
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.		BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales.		ACHARD
Pathologie médicale.		WIDAL
Pathologie chirurgicale.		TEISSIER
Anatomie pathologique.		LEJARS
Histologie.		PIERRE MARIE
Opérations et appareils.		PRENANT
Pharmacologie et matière médicale.		BROCA
Thérapeutique.		POUCHET
Hygiène.		MARFAN
Médecine légale.		CHANTEMESSE
Histoire de la médecine et de la chirurgie.		THOINOT
Pathologie expérimentale et comparée.		LETULLE
		ROGER
		GILBERT
		DEBOVE
Clinique médicale.		LANDOUZY
		CHAUFFARD
Maladies des enfants.		HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.		GILBERT BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.		GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux.		DEJERINE.
		PIERRE DELBET
		QUENU
		RECLUS
Clinique ophtalmologique.		DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.		LEGUEU
		BAR
Clinique d'accouchements.		PINARD
		RIEMONT-DES
		SAIGNES
Clinique gynécologique.		POZZI
Clinique chirurgicale infantine.		KIRMISSON
Clinique thérapeutique.		A. ROBIN

MM.	Agrégés en exercice		
BALTHAZARD	DUVAL PIERRE	LENORMANT	PROUST
BERNARD	GOUGEROT	LEQUEUX	RATHERY
BRANCA	GRÉGOIRE	LERI	REITTERER
BRINLEAU	GUENIOT	ÉCOPER	RICHAUD
BROCA ANDRÉ	GUILLAIN	MACAIGNE	ROUSSY
BRUMPT	JEANNIN	MAILLARD	ROUVIERE
CAMUS	JOUSSET ANDRÉ	MORESSIN	SCHWARTZ
CARNOT	LABBE MARCEL	MULON	SICARD
CASTAIGNE	LANGLOIS	NICLOUX	TERRIEN
CHEVASSU	LAIGNEL-LAVAS-	NOBECOURT	TIFFENEAU
CLAUDE	TINE	KINCZYC	ZIMMERN
COUVELAIRE	LECÈNE	OMBREDANNE	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE — A MA MÈRE

A LA MÉMOIRE DE MES DEUX FRÈRES

A MA FEMME

A LA MÉMOIRE DE MON BEAU-FRÈRE

LE DOCTEUR ERNEST LÉAUTÉ

A NOS MAÎTRES
MESSIEURS LES PROFESSEURS
DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE NANTES
A NOS MAÎTRES DES HOPITAUX DE NANTES

Monsieur le Professeur POISSON

Monsieur le Docteur GUILBAUD

Monsieur le Professeur OLLIVE

Monsieur le Professeur GUILLEMET

(Externat 1908-1910)

Monsieur le Professeur MIRALLIÉ

Monsieur le Docteur SCHMIDT

Monsieur le Docteur GUILBAUD

Monsieur le Docteur RIVET

Monsieur le Professeur G. SOURDILLE

Monsieur le Professeur VIGNARD

Monsieur le Professeur POISSON

(Internat 1910-1914)

Témoignage de notre vive reconnaissance.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR ROUXEAU

*dont nous eûmes l'honneur d'être le
préparateur. Hommage de recon-
naissance pour la grande bienveil-
lance qu'il nous a toujours témoignée.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR E. BUREAU

*dont nous eûmes l'honneur d'être le
Prosecteur. Qu'il nous permette ici
de le remercier pour la direction
qu'il donna à nos recherches et les
idées qu'il voulut bien nous inspirer
dans ce travail*

A MONSIEUR LE DOCTEUR FAVREUL

Chirurgien suppléant des Hôpitaux
Professeur suppléant à l'Ecole de Médecine

*qui nous inspira le sujet de cette thèse
et nous aida de ses conseils.*

*Témoignage de notre profonde gra-
titude.*

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR LEJARS

Professeur de Pathologie Chirurgicale

à la Faculté de Médecine

Chirurgien de l'Hôpital Saint-Antoine

Chevalier de la Légion d'honneur

Hommage reconnaissant.

CHAPITRE I

Définition et Historique

L'appendicite gauche a compris longtemps dans son cadre toutes les suppurations qui peuvent se produire à gauche au cours de l'infection du processus vermiforme. C'est ainsi que Termet et Vanverts, dans leur article de la Gazette des Hôpitaux (1897), et après eux plusieurs auteurs citent indistinctement des observations d'appendicites droites ou gauches, dans lesquelles il y eut abcès à gauche. Nous n'envisagerons dans cette étude que les cas où l'appendice malade a nettement dépassé la ligne médiane, laissant de côté les cas d'infection de la fosse iliaque gauche consécutive à une appendicite droite. Cette distinction est actuellement admise par tous les chirurgiens.

L'étude de la littérature médicale démontre d'ail-

leurs l'évolution de la question : d'abord ignorée, puis confondue avec certaines complications de l'appendicite droite, l'appendicite gauche a désormais son entité propre.

Jusqu'en 1897, les revues et les ouvrages français semblent ignorer l'appendicite gauche ; Ricard, dans sa revue générale sur l'appendicite (1891), n'en fait pas mention ; Termets et Vanverts qui le citent dans leur historique, ne font pas la distinction que nous avons faite : Ricard cite seulement les suppurations gauches dans l'appendicite ordinaire. De même, Duplay, dans sa clinique de l'Hôtel-Dieu (1896), signale toutes les situations anormales de l'appendice, sauf la situation gauche. Courtois-Suffit, dans le *Traité de Médecine* de Charcot et Debove, fait le même oubli, quoi qu'en dise Chauveau. Bref, tous les auteurs sont muets sur notre sujet ; pourtant Poncet de Lyon en 1891 et Pujol en 1896 publiaient chacun une observation d'appendicite herniaire gauche qui devaient attirer l'attention.

En 1897, paraît l'article de Termet et Vanverts que nous avons déjà cité : *De la prédominance des symptômes à gauche dans l'appendicite*. Le titre suffit à montrer que l'article embrasse toutes les manifestations appendiculaires gauches, quelle que soit la situation du processus vermiciforme. Malgré cela, l'article marque le premier stade dans l'histoire de la question. La même année, paraît la thèse de Dormoy ; celui-ci, dans le diagnostic des appendicites pelviennes, cite l'appendicite gauche, mais sans s'y

arrêter ; désormais, tous les auteurs la citeront dans les formes cliniques de l'appendicite. Jalaguier, dans Duplay et Reclus (1898), Vautrin, dans son article sur les appendicites anormales (1898), Leroy, dans sa thèse sur l'appendicite et les affections périutérines, etc.

En 1900, Talamon, étudiant la « *colique appendiculaire* », rappelle l'appendicite gauche, et cite 3 cas parus à l'étranger (Ryerson Fowler). La même année, paraît la thèse d'Aroud, *Contribution à l'étude de l'appendicite à gauche* : l'auteur y rapporte plusieurs observations, et distingue déjà la forme propre que nous étudions, des abcès consécutifs à une appendicite droite.

Nous trouvons ensuite la communication de Lance à la Société d'anatomie, l'étude de Broca, attribuant aux anomalies embryonnaires la plupart des cas cités, et l'ouvrage d'Auvray consacré au diagnostic de l'appendicite.

Dans ces dernières années, Chauveau publie sa thèse sur « *l'appendicite à gauche* » (1907) et dans sa définition délimite nettement le cadre du sujet. Guinard, dans le nouveau Traité de chirurgie de Le Dentu et Delbet consacre une page à l'affection qui nous occupe. Enfin MM. Walther et Baumgartner au XXV^e Congrès de chirurgie (1912) rapportent 4 observations et remettent la question à l'ordre du jour.

À l'étranger, dès 1851, Splenger avait signalé un cas de péritonite herniaire gauche avec appendice dans le sac ; de même Geissler en 1867, Bardley et

Herbett en 1878 ; mais le premier mémoire destiné à l'appendicite gauche fut celui de Ryerson Fowler en 1893 ; puis vint le mémoire d'Obratzoff sur les « *Formes de l'appendicite* » (1895.) Il faut atteindre ensuite 1908 pour trouver de nouveaux travaux ; à cette époque, Johnson fait sa communication à la Société de chirurgie de New-York ; l'année suivante, Sauerbeck publie une observation. Enfin en 1910, paraissent l'article de Sokolova et le mémoire de Karewsky.

CHAPITRE II

Etiologie — Pathogénie

L'appendicite gauche est une affection très rare, si nous en jugeons par le petit nombre d'observations publiées depuis 20 ans environ ; ce nombre paraît d'autant plus petit qu'il contraste avec la grande quantité d'appendicites opérées. C'est ainsi que nous voyons des chirurgiens qui, malgré des Statistiques énormes, n'ont jamais rencontré d'exemples de cette forme.

M. Walther, dans sa communication au Congrès de chirurgie cite 3 cas sur 3000 appendicites opérées, soit une proportion de 1 pour 1000. Nous devons ajouter que l'auteur entend n'envisager ainsi que les cas dus à « un retournement de l'intestin avec situation gauche du côlon ascendant et du cœcum. » LIERTZ de Berlin par contre, englobe dans sa statistique tous

ses cas d'appendicite gauche sans distinction pathogénique, et il trouve 16 observations sur 2092 interventions, soit 0,7 pour 100.

La statistique de FROMME de GOTTINGEN donne 3 cas sur 637 opérations, soit 0,4 p. 100. KAREWSKY rapporte 10 observations recueillies en 20 ans, pendant lesquels il a traité 1600 appendicites ; la proportion est donc chez lui de 0,6 pour 100.

Si nous prenons la moyenne des 4 statistiques que nous venons de citer, nous arrivons à un total de 32 cas pour 7329 interventions, ce qui nous donne une proportion de 0,43 pour 100. Mais ces statistiques n'ont pas la valeur qu'elles devraient avoir, puisque, nous l'avons vu, les auteurs ne limitent pas la question aux mêmes cadres.

Il serait plus intéressant au point de vue étiologique, de savoir si la situation gauche du cæcum ou de l'appendice prédispose à l'infection de ce dernier ; le fait est difficile à prouver : le diagnostic de cæcum à gauche n'est jamais fait en dehors de l'appendicite, et les auteurs qui rapportent des autopsies de cette anomalie n'ont jamais décrit l'état de l'appendice. Pourtant, il semble que les nombreuses coudures que subit le côlon transverse dans les cas d'arrêt de l'évolution embryonnaire que nous citerons plus loin, doivent favoriser singulièrement la coprostase, le séjour prolongé des corps étrangers, et même l'entéro-côlite, si tant est que son rôle puisse être admis. Ajoutons à celà, que les troubles de nutrition de l'appendice et du cæcum en ectopie sont très probables, et les orga-

nes ainsi mal nourris sont en état de moindre défense vis à vis de l'infection. Toutes hypothèses d'ailleurs que nous n'avons pu vérifier.

Plus facile est la Pathogénie de la question ; celle ci n'offre pas matière à discussion, aussi avec la plupart des auteurs nous reconnaitrons 5 causes de la situation gauche de l'appendice iléo-cœcal.

I° L'inversion des viscères.

II° L'absence et l'arrêt de la torsion de l'anse intestinale chez l'embryon.

III° L'absence de fixation du mésocolon ascendant primitif sur le péritoine sous-jacent.

IV° La longueur exagérée de l'appendice.

V° La fixation à gauche de l'appendice par des adhérences le reliant aux organes de cette région.

Cette dernière cause, à notre avis, ne mérite pas une entité propre : car le plus souvent, pour que l'appendice puisse participer aux infections du côté gauche, et se fixer dans cette région par adhérences, il faut que le contact avec les organes lui soit permis soit par sa longueur exagérée, soit par l'absence de fixation du mésocôlon ascendant primitif ; cette absence de fixation laissant le cæcum et le côlon ascendant flottant et libres, ces deux portions intestinales et l'appendice qui en dépend, peuvent se déplacer vers la gauche. Il en fut ainsi dans les cas de Harris, de Fournier d'Amiens et d'Aroud.

Des trois causes qui nous restent la troisième, longueur exagérée de l'appendice, ne prête pas à de longs développements. Cliniquement d'ailleurs, dans

les observations d'appendicite gauche que nous publions, nous n'en trouvons que peu de cas.

Anatomiquement, d'après les autopsies des différents auteurs, on cite des dimensions relativement considérables. Gegenbaur a vu un appendice de 20 centimètres. Ribbert en vit un de 21, Cruveilhier et Lannelongue ont trouvé 22, Luschka 23 et Georgieff 24. Clado dit avoir trouvé plusieurs appendices de 20 centimètres et il ajoute : « Le Professeur Lannelongue m'a affirmé en avoir rencontré qui dépassaient cette longueur. »

La longueur varie d'ailleurs suivant l'âge ; d'après Taretnetzky, elle augmente chez l'adulte et diminue chez le vieillard par suite de l'atrophie. Ribbert prétend qu'elle atteint son maximum entre 10 et 30 ans. Personnellement nous avons trouvé les appendices les plus longs entre 15 et 20 ans ; récemment, au cours d'une dissection, nous en avons rencontré un de 18 centimètres chez un sujet de 14 ans.

Cette longueur exagérée de l'appendice, pour peu que le méso soit court, permet des migrations qui peuvent se faire dans tous les sens. On conçoit ainsi la possibilité d'une appendicite gauche, aussi bien que d'une appendicite pelvienne ou sous-hépatique.

Nous ne ferons que mentionner l'inversion des viscères partielle ou totale : c'est une anomalie extrêmement rare ; nous n'en trouvons pas d'exemple dans nos observations, et nous ne nous attarderons pas à décrire les différents cas de clinique ou d'autopsie

que contient la littérature (1) ; il nous suffit de savoir que ce peut-être une cause d'appendicite gauche.

Plus intéressantes à nos yeux, sont les anomalies de la torsion du péritoine ou de la fixation du mésocôlon ascendant primitif. Leur étude nous amène à retracer rapidement l'évolution de l'intestin et du péritoine chez l'embryon. Nous le ferons d'abord en suivant fidèlement les données classiques, puis dans une seconde partie nous exposerons quelques remarques que nous suggérèrent les dissections d'embryon que nous avons pratiquées.

(1) Voir sur ce sujet le cas de Mlle Klumpke. Soc. anatomique, 18 février 1887.



Fig 1

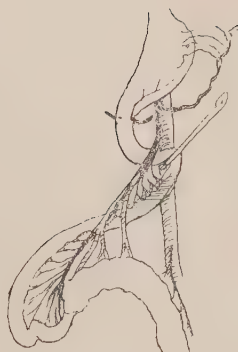


Fig 2



} Fig 3



Fig 4



Fig 5

LA TORSION DE L'ANSE
d'après les schémas de Farabeuf

CHAPITRE III

Evolution de l'anse ombilicale chez l'embryon

Au cours des dissections que nécessita la préparation de notre thèse, nous avons pu examiner à la loupe et sous l'eau, un embryon de 30 jours environ — provenant d'une grossesse tubaire rompue — la distance du vertex au coccyx était de 12 millimètres, ce qui d'après les tables de Tourneux correspond au trentième jour. Nous avons pu y vérifier la description de l'anse ombilicale telle que la donnent les classiques et particulièrement Pérignon dont la remarquable thèse nous servit de guide. Nous regrettons de ne pouvoir reproduire ici notre préparation, les dimensions minuscules, malgré de nombreux essais, ne nous ont pas permis d'en réussir une photographie. Nous nous contenterons donc du schéma traditionnel.

L'abdomen est ouvert sur le côté droit, nous enlevons la paroi, depuis la ligne médiane antérieure, en respectant l'ombilic, jusqu'à la ligne médiane postérieure. Nous trouvons alors le tubé digestif placé dans le plan sagittal médian (FIG. 1). Son calibre est à peu près uniforme, pourtant à la partie supérieure, une légère dilatation dans le sens longitudinal annonce la différenciation de l'estomac. La direction subit plusieurs variations : d'abord vertical, le canal donne bientôt un premier angle A, puis quittant la paroi postérieure descend obliquement d'arrière en avant jusqu'à l'ombilic B ; à ce niveau, il présente une seconde courbure à angle plus aigu, puis remonte obliquement vers la paroi postérieure C, où, après un dernier coude à angle aigu, il descend vers le bassin.

Malgré ces 3 inflexions successives, le tube digestif garde toujours le plan sagittal, allant de la ligne médiane postérieure à la ligne médiane antérieure et vice versa. Il est d'ailleurs relié à ces deux lignes, en avant par le canal omphalo-mésentérique qui va de l'ombilic à l'angle B ; en arrière par le mésentère commun primitif, double feuillet péritonéal qui sur tous ses points relie l'organe à la paroi postérieure.

Peu développé ou presque nul aux deux extrémités, le mésentère commun primitif retient, en ces deux points, le tube digestif presque fixé à la paroi ; mais dans la partie intermédiaire, le mésentère s'élargit pour suivre l'anse que va former en avant l'intestin — anse ombilicale — laissant ainsi à cette dernière une plus grande mobilité.

Les deux coudes postérieurs de l'intestin qui délimitent l'anse ombilicale à large méso, correspondent l'un et l'autre à des points fixes de l'intestin ayant terminé son évolution. Le coude supérieur (A) — tous les auteurs sont d'accord — donnera le coude duodéno-jéjunal. Le point inférieur a reçu par contre des différents auteurs des significations variées. Toldt, His, Pérignon et Frédet le voient former plus tard l'angle splénique du côlon. Flower croit qu'il donne l'angle hépatique du côlon, Cléland et Bruce Young y voient l'origine de la partie moyenne du mésocôlon transverse. Pour nous la fixité constante de l'angle splénique chez tous les embryons que nous avons examinés, même chez celui de 25 millimètres, fixité très précoce et devançant de beaucoup l'accroissement des autres points du côlon, nous autorise à admettre l'interprétation de Toldt, His, Pérignon et Frédet.

Tel est l'état de l'intestin et du péritoine à la fin de la 6^e semaine: deux segments initial et terminal fixes, un segment intermédiaire auquel le méso large permet une grande mobilité.

Torsion de l'anse intestinale

L'anse ombilicale, nous l'avons dit, est primitivement placée dans le plan sagittal. Dans ce plan sagittal se trouve l'axe autour duquel s'effectuera la torsion. Nous figurerons cet axe par une ligne suivant, en arrière l'artère mésentérique supérieure, en

avant le canal omphalo-mésentérique qui vient s'insérer sur l'anse.

Sur cet axe ainsi admis, les deux segments de l'anse vont se déplacer. La portion fixe de l'intestin s'accroissant plus rapidement en longueur que la partie correspondante du tronc, le segment supérieur de haut en bas, le segment inférieur de bas en haut, l'anse ombilicale, portion intermédiaire, seule partie libre du conduit digestif, sera obligée de s'infléchir et subira une torsion autour des pivots de l'ombilic et de la mésentérique supérieure.

L'anse « recevant à ses deux extrémités une poussée en sens inverse, se prête à l'allongement des segments sus et sous-jacents de l'intestin, en tournant autour de son axe. » (Frédet).

Les deux portions de l'anse vont donc se déplacer ; la portion ascendante en bas et à droite, la portion descendante en haut et à gauche (FIG. 3). Dès la 6^e semaine, d'après Toldt, cette disposition est marquée, de plus, l'angle qui sépare le segment ascendant de l'intestin terminal, futur angle splénique, est déjà situé plus haut que primitivement et gagne déjà l'estomac. Nous croyons d'ailleurs qu'à cette époque les choses sont plus avancées et nous avons vu un embryon de 20 millimètres, (dimension du vertex au coccyx), qui présentait déjà un angle splénique sensiblement en place.

Quoi qu'il en soit, ce déplacement des deux segments de l'anse par rapport à l'axe, l'un vers la droite, l'autre vers la gauche, atteint rapidement 90°, et le

plan de l'anse qui était sagittal est devenu transversal. Et c'est le 1^{er} temps de la torsion.

Pendant ce temps, vers la fin de la 5^e semaine, le cæcum est apparu, il se développe sur la portion ascendante de l'anse, en un point voisin du canal vitellin ; à peine esquissé, il est porté par la torsion en haut et à gauche, et si cette dernière est arrêtée, le cæcum peut-être ainsi définitivement situé à gauche avec son appendice.

Celui-ci en effet ne tarde pas à apparaître : Toldt le vit naître vers la 6^e semaine, nous acceptons volontiers cette date que confirment nos recherches. Clado ne le vit se développer qu'à 2 mois 1/2 : or nous affirmons que les 5 embryons de 6 à 8 semaines que nous avons préparés avaient nettement leur appendice.

Mais voici qu'apparaissent avec la 8^e semaine, les premières anses intestinales, sur la portion descendante de l'anse ombilicale. Cette portion qui s'étendait, droite comme une corde tendue, de l'angle duodéno-jéjunal à l'ombilic, devient ainsi trop longue et tombe peu à peu au-dessous du plan horizontal qu'elle occupait avec la portion ascendante, à la fin du premier temps. Pendant que le segment descendant tombe peu à peu en bas et à droite, le segment ascendant continue à se développer de bas en haut ; l'angle splénique ayant un mésentère assez long a pu, nous l'avons dit, faire une ascension facile, entraînant ainsi le segment ascendant de l'anse qu'il continue.

Les deux portions de l'anse continuant à se développer, la première en bas, la seconde en haut, regagnent bientôt le plan sagittal d'où elles sont parties primitivement. Le segment ascendant est devenu supérieur et le segment descendant inférieur; contrairement à leur disposition originelle; la torsion est donc actuellement de 180°.

Après cette torsion, l'artère mésentérique supérieure, qui au début était en dessous et en arrière de la portion descendante de l'anse, se trouve placée en avant, au-dessus de cette même portion, au-dessous et en arrière de la portion ascendante qu'elle dominait et précédait. La disposition des branches en est évidemment changée, les branches coliques sont maintenant en haut, et les branches grêles en bas. (Fig. 4).

Le mesenterium commune, au cours de cette torsion de 180° a subi lui aussi des changements de plan parallèles à ceux de l'anse qu'il accompagne. La face primitivement gauche du péritoine a d'abord regardé en haut, pendant que la face primitivement droite regardait en bas. C'est la phase du 1^{er} temps. Puis la face supérieure est venue regarder le côté droit pendant que la face inférieure regardait à gauche et ce fut la phase du 2^e temps.

Pérignon arrête à ce 2^e temps la torsion de l'anse ombilicale et de son mésentère. Fredet va plus loin et décrit un 3^e temps.

Pour expliquer la formation de l'angle hépatique du côlon, le premier parle d'accroissement du côlon, le second de torsion.

« Dans une dernière phase, nous dit Fredet, l'accroissement en largeur du duodénum se poursuivant, la coudure duodéno-jéjunale décrit encore un arc de 90° . Elle franchit donc la ligne médiane au-dessous de la mésentérique, passe à gauche de la ligne médiane et de l'artère. Elle entraîne à sa suite le duodénum et son méso, les enroule sur le tronc de la mésentérique après une évolution qui atteint maintenant 270° , c'est-à-dire un arc de $3/4$ de cercle.

« L'angle colo-splénique ne se comporte pas tout à fait de même. A l'étape précédente, il parvient à son point culminant (après une rotation de $90^\circ + 45^\circ$ environ, soit 135°) Il ne se déplace plus comme l'angle duodéno-jéjunal; mais la branche de l'anse qui lui correspond, est entraînée néanmoins par la rotation. Elle s'étale obliquement (colon oblique), attirée qu'elle est, en bas et à droite; elle croise la ligne médiane en passant au-dessus du tronc de la mésentérique supérieure. »

Pérignon admet à la place de cette torsion le développement du colon transverse et ascendant et de l'intestin grêle d'une part, et l'adaptation du contenu au contenant d'autre part. Farabeuf aussi, dans ses schémas et son article du Progrès Médical, laisse entendre qu'il admet ce même mécanisme. Testut et Gérard arrêtent aussi la torsion à 180° .

Les anses de l'intestin grêle se multiplient donc de plus en plus dans la portion descendante de l'anse redevenue sagittale; arrêtées en haut par le foie, elles gagnent la partie inférieure de l'abdomen, puis pas-

sant sous la portion ascendante, elles le soulèvent à mesure qu'elles augmentent et chassent ainsi devant elles, le caecum et le côlon qui se trouvent reportés sur la face inférieure du foie. A ce moment nous avons la disposition reproduite dans la figure 15.

Le côlon transverse s'est développé au cours de cette évolution. Le cæcum est maintenant à droite au ras du foie ; de ce point à l'angle splénique, le gros intestin monte obliquement, décrivant une courbe à concavité inférieure ; l'angle splénique est marqué depuis longtemps, l'angle hépatique apparaîtra avec le côlon ascendant, et le développement de ce dernier poussera le caecum dans la fosse iliaque où il résidera définitivement. En effet, le gros intestin continue à s'accroître transversalement ; le cæcum est ainsi porté vers la droite, il ne tarde pas à rencontrer la paroi qui l'oblige à changer de direction ; il se dirige alors en bas, donnant ainsi au côlon qui le suit une inflexion qui sera l'origine de l'angle hépatique. Toujours poussé par le développement du côlon, le cæcum gagne enfin la fosse iliaque, laissant entre l'angle hépatique et lui le côlon ascendant.

Cette évolution du gros intestin — cæcum et côlon ascendant particulièrement — est bien marquée sur les embryons que nous reproduisons. On remarquera que l'évolution n'est pas toujours graduellement accentuée selon l'âge du sujet : mais comme le fait remarquer Pérignon, cette évolution est loin de se faire à la même époque chez tous les embryons.

Telle est l'évolution de l'anse ombilicale chez l'em-

bryon humain : torsion de 180° , en sens inverse des aiguilles d'une montre, aboutissant au plan sagittal qui marque le point de départ. Mais cette torsion n'est pas aussi active que pourrait l'indiquer le mot même pris dans sa véritable acception ; elle n'est que le résultat passif de l'accroissement en sens contraire des deux parties de l'anse ombilicale. « On ne peut, dit Toldt, parler d'une torsion ou redressement du gros intestin dans le sens d'un processus indépendant ou même actif. »

C'est là l'opinion de Toldt, de Rogie et de Pérignon, mais de nombreux auteurs ont donné une autre explication à cette torsion du péritoine.

Trèves admet une partie de la théorie de Toldt, il reconnaît comme cause de la torsion le développement inégal des deux segments de l'anse, le segment descendant se développant rapidement, le segment ascendant s'accroissant peu à peu.

Bruce Young admet aussi la théorie de Toldt, mais fait rentrer le duodénum dans la grande anse ombilicale.

Jaboulay, citant un cas de torsion arrêtée au milieu de son excursion, rappelle la théorie suivante dont nous ignorons l'origine :

L'artère mésentérique jouerait le rôle de tourniquet hydraulique employé en physique ; le choc de l'ondée sanguine, frappant les différentes coudures des branches artérielles, déterminerait le mouvement de rotation ; Jaboulay reconnaît que cette théorie est peu admissible, et déclare ne pas connaître la véritable cause du phénomène.

Farabeuf met quelques modifications au système de Toldt : il place au début de la torsion le passage de la dernière portion du duodénum en arrière de la mésentérique supérieure et attribue ce mouvement à la rétraction du muscle de Treitz fixé à l'angle duodéno-jéjunal. « Il semble que chez l'embryon, le doigt de la Providence ayant peut-être comme organe le muscle de Treitz, vrai *gubernaculum jejuni*, attire le jejunum par dessous le tronc des grands vaisseaux mésentériques. » (voir fig. 2).

Mais Pérignon répond très justement : « le muscle de Treitz est à peine développé à cette époque ; de plus, même en admettant qu'il puisse se contracter, comme la direction de ses fibres est parallèle à celle de l'artère mésentérique supérieure, il ne peut que soulever la flexure suivant cette même direction, mais nullement la faire passer sous l'artère. »

Nous ne ferons que citer la théorie qui rattache la torsion intestinale à la torsion du cordon. Kœlliker, dans son embryologie, admet cette théorie, pourtant la torsion du cordon se fait dans le sens des aiguilles d'une montre, et la torsion de l'anse dans le sens opposé. De plus les anomalies de torsion du cordon sont extrêmement fréquentes, 50 sur 150 cas. Or les anomalies de torsion intestinale sont des plus rares, ainsi que nous le verrons plus loin.

Hartmann, dans sa communication à la Société anatomique de Paris en 1889, donne une grande fixité au segment descendant de l'anse ; retenu par le ligament suspenseur en haut, le canal omphalo-mésentérique en bas, il ne peut se déplacer. Le

deuxième segment est plus mobile ; si son extrémité ombilicale est fixe, son extrémité postérieure est libre; il pourra donc se déplacer au cours de son développement. « Il est possible que ce transfert du cæcum à droite ne soit que le développement de la partie mésentérique inférieure du gros intestin qui située profondément dans l'hypochondre gauche apparait en s'allongeant vers l'épigastre, refoulant par conséquent à droite, la partie d'intestin qui lui fait suite. » Frédet enfin, ainsi que Gérard, se rallient entièrement à la théorie de Toldt. Testut passe rapidement sur la torsion intestinale et ne laisse entrevoir aucune explication.

Anomalies de la Torsion

Les anomalies de la torsion de l'anse ombilicale sont extrêmement rares, et il suffit de parcourir les bulletins de la Société anatomique de Paris, pour voir le petit nombre de cas qui ont été rapportés depuis les origines de la Société. Ces anomalies ont été étudiées par Locwood dans sa revue générale du *Britisch méd. journ.* 1882.

M. Legueu dans son article sur la situation du cæcum chez l'enfant, cite les résultats de 100 autopsies : jamais il n'a trouvé le cæcum à gauche; et parmi les cas déjà rares d'appendicite gauche que nous relatons dans nos observations, les anomalies de torsion sont la petite minorité. Ces anomalies peuvent être l'ab-

sence totale où l'arrêt à l'un des stades que nous avons étudiés.

Dans les absences totales le *mesenterium commune* de l'anse ombilicale a gardé le plan sagittal, et l'intestin grêle s'est développé au dessus et en avant du gros intestin qui occupe la partie inférieure et postérieure de l'abdomen ; le premier cas qui ait été signalé est celui de M. Broca (1887) ; nous ne nous arrêtons pas à celui de Cruveilhier pour lequel les détails manquent. Il s'agit d'un fœtus qui outre de nombreuses malformations congénitales présente une absence absolue de torsion ; bien plus, on ne trouve pas de cæcum ni d'appendice, ces deux portions de l'intestin ne se sont pas différenciées.

Vient ensuite le cas de Farabeuf décrit dans le Progrès médical. Après avoir rappelé les phénomènes de la torsion et expliqué les schémas que nous avons reproduit (page 22),

Farabeuf ajoute : « Le corps humain qui fait l'objet de ma communication, n'a pas subi cette évolution normale : son intestin s'est arrêté au premier stade. L'intestin grêle, le cæcum, le côlon, tout m'a paru bien constitué, mais rien n'était à sa place, sauf la fin du gros intestin, et le commencement du duodénum. » D'après le schéma qui accompagne l'article, le cæcum est à peu près sur la ligne médiane, recevant par sa face droite l'abouchement de l'iléon, il semble occuper la région hypogastrique, couché obliquement de haut en bas et de droite à gauche. Du cæcum part le côlon ascendant montant obliquement

vers la fosse iliaque gauche, puis il décrit un premier angle, descend obliquement en bas et à gauche, et remonte enfin vers l'angle splénique à partir duquel il redevient normal, « Les vaisseaux mésentériques sont restés en arrière et à gauche de l'intestin. »

Farabeuf rappelle ensuite le cas de John Reid dont nous n'avons pu trouver l'exposé, et le cas de Bruce Young. Dans ce dernier cas, nous retrouvons encore la même disposition que dans les précédents ; l'intestin grêle était presque tout entier à droite, la partie sigmoïde en bas et à gauche, et alors le cæcum avec son appendice occupait l'hypochondre gauche ; ce dernier plongeait vers le détroit inférieur.

Citons encore le cas de Jayle : « A l'ouverture de l'abdomen d'un homme de 50 ans, on est frappé tout d'abord de l'absence de l'intestin grêle ; en revanche, on voit, dans l'hypochondre droit, une poche volumineuse qui semble le contenir. En ouvrant cette dernière, on trouve, en effet, qu'elle contient un intestin de près de 5 mètres de long, avec son mésentère. ... l'intestin n'a pas subi son mouvement de torsion, et par suite l'artère mésentérique supérieure passe en arrière du duodenum et tout le tube intestinal se trouve porté à droite... Le gros intestin est plus long que d'ordinaire et si l'on veut délimiter un cæcum, un côlon ascendant et un côlon transverse, il n'existe pas à proprement parler de côlon. De la partie supérieure de l'hypochondre gauche au détroit supérieur, le gros intestin décrit en effet sur lui-même deux ou trois courbes qui en rendent la description impossible. »

Les cas d'arrêt de la torsion au 1^{er} stade ne sont pas plus nombreux ; outre ceux qu'on trouvera dans les observations cliniques, nous en citerons quelques-uns pris dans la littérature anatomique. Alors, comme le dit Fredet : « Le méso de l'anse (ombilicale), s'étale transversalement, la branche descendante correspondant au petit intestin et à droite, la branche ascendante répondant au gros et à gauche. C'est à ce critérium que, dans les observations antérieures, où le mot torsion n'est pas prononcé, bien entendu, on peut reconnaître qu'il s'agissait d'un arrêt de la torsion à la première phase. »

M. Legueu, dans l'article déjà cité, rapporte le cas suivant observé par Michel.

« A l'autopsie d'un homme de 57 ans mort de tuberculose, nous avons constaté la disposition exceptionnelle que voici : la fosse iliaque droite était occupée, dans son entier et uniquement, par les anses de l'intestin grêle. Le péritoine qui la tapisse est lisse et uni. La fosse iliaque gauche, au contraire, donnait asile au cæcum qui s'y présentait, tout à fait superficiel, avec son appendice. Le cæcum était en rapport, par sa face postérieure, avec l'S iliaque et se trouvait réuni à ce segment intestinal par un mince ligament péritonéal d'une longueur de 4 à 6 centimètres. Le côlon ascendant, loin d'occuper la région lombaire droite, se dirigeait obliquement, de bas en haut et de gauche à droite, vers la partie supérieure de l'abdomen. Arrivé au niveau du pylore, un peu en dedans de la vésicule biliaire, il formait un coude pour se

continuer avec le côlon transverse. Celui-ci, d'une longueur de 10 centimètres environ, avait une disposition normale, et, après avoir atteint la grosse tubérosité de l'estomac, redescendait côlon descendant, obliquement vers la fosse iliaque gauche, où il plongeait profondément. Le revêtement péritonéal du cæcum était complet, l'organe était entouré de toutes parts par la séreuse et jouissait d'une mobilité que ses connexions avec l'S iliaque ne restreignaient que fort peu. L'appendice vermiculaire, d'une longueur de 6 centimètres, était lui aussi recouvert par la séreuse qui lui formait un méso. Il n'existait pas d'autres anomalies des viscères. »

Jaboulay, dans le *Progrès Médical* du 25 juillet 1891, reproduit l'observation suivante :

« Un homme de 50 ans présentait, à l'ouverture de la cavité abdominale, cette disposition de la masse intestinale : l'estomac, situé en haut et à gauche, se continue avec le duodénum dont les deux premières portions sont visibles et bien placées ; à droite, le cæcum, remonté dans le flanc avec son appendice et sa face postérieure regardant en avant ; à gauche, le côlon descendant et les anses de l'S iliaque. Mais pas trace apparente de côlon transverse ni de côlon ascendant, ni d'intestin grêle, si ce n'est la terminaison de l'iléon que l'on voit aborder le cæcum. Dans l'aire interceptée par l'estomac et le duodénum en haut, par le côlon descendant et l'S iliaque à gauche, par le cæcum fortement relevé à droite, on voit un sac qui va jusqu'au détroit supérieur du bassin ; trans-

parent, ce sac laisse voir les anses de l'intestin grêle qui y est contenu tout entier.

« Le côlon transverse se montre lorsqu'on a récliné à droite le sac et son contenu ; il est déjeté à gauche, tassé et appliqué contre le côlon descendant ; le grand épiploon contracte avec lui ses rapports habituels, mais comme lui il a dû se replier, se chiffonner à gauche, dans l'hypochondre, et sa masse se retrouve de ce côté. Pour découvrir le colon descendant, il faut suivre le colon transverse de gauche à droite, ou le cæcum de droite à gauche. On est ainsi dirigé en bas, à la partie inférieure et postérieure du sac contenant la masse de l'intestin grêle. Là rampe le colon ascendant, en décrivant dans son ensemble une courbe à concavité droite et supérieure rattachée d'un côté au cæcum et de l'autre au colon transverse. »

L'intestin grêle et le mésentère sont donc en dehors et à droite du côlon ascendant et de son méso, et il n'y a pas eu de torsion. Les vaisseaux mésentériques supérieurs le prouvent d'ailleurs :

On aperçoit l'artère et la veine au-dessous du pancréas comme d'habitude, mais plus bas ils ne croisent pas le duodéno-jejunum ; il n'y a pas de viscère en arrière d'eux, le duodénum et le jejunum sont au contraire en avant et à droite des vaisseaux. Ceux-ci décrivent une longue courbe convexe à gauche, et donnent ou reçoivent les branches, soit du côté de la convexité, soit du côté de la concavité. Mais il est à remarquer que c'est à gauche et à la

convexité que se trouvent les vaisseaux coliques droits, les vaisseaux de l'intestin grêle étant à droite, du côté de la concavité. »

Dans sa thèse sur la tuberculose iléo-cæcale, Alglave rappelle la communication de Michel décrivant un cæcum à gauche et ajoute : « Nous-même l'y avons trouvé sur un cadavre de l'Ecole Pratique, âgé de 45 ans environ. Cæcum placé à la partie moyenne de la fosse iliaque gauche, continué par un côlon ascendant, à direction oblique, en haut et à droite. L'angle hépatique du côlon se trouve presque en situation normale. Iléon appuyé sur le bord gauche du détroit supérieur, abouché dans le cæcum (sur la face droite d'après le schéma), au droit de l'articulation sacro-iliaque gauche.

Le cæcum est libre et mobile par son sommet, mais l'origine du côlon ascendant est peu mobile et retenue par un méso assez court, fixé un peu à gauche du promontoire.

L'iléon est très mobile, grâce à un méso long de plusieurs centimètres, inséré un peu au-dessus du promontoire. L'intestin grêle est placé en totalité à droite et au-dessous du cæcum et du colon ascendant. Il n'y a pas de transposition des autres viscères.

Dans ce cas, la torsion de l'anse ombilicale primitive s'est opérée d'une manière incomplète, et le transport de gauche à droite du cæcum ne s'est pas effectué.

Dans le traité d'anatomie de Poirier, Fredet donne le schéma de l'intestin dans l'observation de Gronross.

L'intestin grêle à droite, le côlon à gauche, réunis par le méso, forment une anse intestinale placée dans le plan transversal. Le duodénum est resté à droite de la ligne médiane, y compris l'angle duodéno-jéjunal, celui-ci n'ayant pas franchi cette ligne, n'a pas passé sous l'artère mésentérique supérieure ; de là vient que le *processus uncinatus* du pancréas n'existe pas.

Voisin a présenté à la Société anatomique en 1903, les résultats de l'autopsie d'une fillette de 20 mois, présentant une hernie sus-ombilicale de l'estomac et de la rate, avec anomalies du foie et du gros intestin ; « le cæcum est situé à gauche de la ligne médiane, le côlon remonte toujours à gauche de la ligne médiane, et arrivé au niveau de la première portion du duodénum, présente une courbure à concavité gauche, va passer au-dessus du rein gauche sur l'extrémité duquel il est directement appliqué, puis redescend vers le rectum, pourvu d'un nouveau méso.

Citons enfin le cas rapporté par Pujol :

« A l'autopsie d'un monstre exencéphale au 6^e mois environ, nous avons rencontré le cæcum dans la fosse iliaque gauche : mais il ne s'agissait nullement d'inversion dans ce cas. Le côlon transverse se repliait sur lui-même, en son milieu, de façon que sa moitié droite vint s'appliquer sur sa moitié gauche ; le côlon ascendant se superposant au côlon descendant, l'appendice vermiforme répondant alors à la face antérieure de l'S iliaque. »

A vrai dire, s'agit-il dans ce cas d'un arrêt de torsion, ou d'un déplacement suivi d'adhérences du

côlon n'ayant subi aucune fixation de son mésentère ? Les détails manquent. Il n'est question ni de la position de l'intestin grêle, ni de l'abouchement iléo-cæcale, ni du duodénum, ni de l'artère mésentérique.

Ces cas douteux sont d'ailleurs assez nombreux ; faute de détails ou de schémas, ils n'ont pas été classés. « L'étude complète d'un cas d'absence ou d'arrêt de torsion suppose en effet un examen approfondi de la forme et de la situation du duodénum, de l'intestin grêle et du gros intestin ; l'examen de la forme et de la disposition du pancréas, l'examen des rapports des vaisseaux et en particulier de la situation relative de l'artère et de la veine mésentériques. » (Fredet).

Cette étude complète d'une anomalie de torsion fut faite par Descomps en 1909 dans le Journal d'Anatomie. Nous résumerons rapidement l'observation, renvoyant le lecteur à l'article original pour les détails.

« Femme de 40 ans, morte de tuberculose pulmonaire. *Duodénum*. 1^{re} portion normale ; les 2^e, 3^e et 4^e portions forment un segment court et ramassé, tassé en deux anses superposées et situé en dedans, puis en avant, puis au-dessous du pôle inférieur, volumineux et saillant du rein droit.

A une première anse supéro-interne fait suite immédiatement une seconde anse inféro-externe. Dans son ensemble ce segment duodénal est donc oblique de haut en bas, de gauche à droite. Il est en même temps oblique d'avant en arrière. Donc le duodénum est tout entier à droite. Le méso-duodénum a subi complètement, mais en position anormale, son acco-

lement postérieur et droit. Derrière l'anse supérieure et gauche descendent des vaisseaux duodéno-pancréatiques émanés d'un pédicule hépatique : derrière l'anse inférieure et droite montent des vaisseaux duodéno-pancréatiques émanés du pédicule mésentérique dont ils représentent le pédicule collatéral droit le plus élevé ; les deux pédicules sont entre le duodénum et le pancréas.

L'anse mobile de l'intestin grêle forme une masse flottante reliée à la paroi postérieure par un mésentère libre. Elle est logée surtout à droite de la ligne médiane, dans la fosse lombaire prérénale et dans la fosse iliaque qui suit, entièrement libre et recouverte seulement du péritoine pariétal postérieure.

Volumineux, très distendu, le *cæcum* forme une masse saillante médiane, à gauche de l'intestin grêle. Le côlon étant accolé à la face gauche du mésentère, le *cæcum* déborde, en bas, le bord inférieur falciforme de ce méso très mobile. Le *cæcum* est inversé, son bord gauche est convexe, saillant, son bord droit concave présente l'angle iléo-cæcal.

Le côlon ascendant occupe à peu près la ligne médiane ; presque vertical, légèrement oblique en haut et à droite, il est nettement oblique en arrière. Il adhère dans ses 2/3 inférieurs à la lame gauche du mésentère auquel il est soudé par sa face postérieure et droite.

L'angle colique droit, libre de cette adhérence, dessine par son bon supérieur et droit, une courbe qui

répond à la racine supérieure du mésentère, puis au duodénum et plus en arrière au rein droit.

En réclinant le côlon ascendant et l'angle colique droit vers la gauche, on voit les vaisseaux mésentériques aborder ce segment intestinal par sa face postérieure adhérente au mésentère ; le côlon est couché directement sur les gros troncs des vaisseaux mésentériques, sur leur face antérieure et gauche.

Le côlon transverse comprend deux parties : l'une droite descendante, longue, fixe ; l'autre gauche, ascendante, courte, semi-mobile. La portion droite mesure 14 centimètres de long et 3 de large, oblique en bas, en avant et à gauche, presque verticalement descendante et parallèle au bord gauche du côlon ascendant, elle croise la ligne médiane ; sa face postérieure est adhérente aux plans prévertébraux, son bord supérieur et gauche est parallèle au bord inférieur du pylore qu'il côtoie. Son bord inférieur et droit est parallèle au bord gauche du côlon ascendant qu'il côtoie.

La portion gauche du côlon transverse a 10 centimètres de longueur et 3 de large : oblique en haut, en arrière et à gauche, presque verticalement ascendante, formant avec la précédente un angle aigu à sinus supérieur où se loge le bas fond gastrique, elle est parallèle au bord droit du côlon descendant et située entièrement à gauche de la ligne médiane. La face postérieure peut être divisée en deux parties ; la partie inférieure forme la paroi antérieure d'une vaste fossette sous-colique qui s'étend à droite, sous l'angle

des deux portions de ce côlon transverse. La partie supérieure est adhérente et fixée à la paroi abdominale postérieure sur la partie inférieure et extérieure du rein gauche. Le bord inférieur et gauche, fixé en bas, est libre plus haut ; quand on le soulève, il circonscrit en avant l'entrée de la large fossette sous-côlique précitée. Le bord supérieur et droit répond à l'arrière cavité.

Côlon descendant: l'angle colique gauche, très aigu, répond à la partie moyenne de la face antérieure du rein gauche auquel il est fixé. Son bord supérieur est à 3 centimètres au-dessous de la rate à laquelle il est relié. La suite du côlon descendant et l'intestin ne présentent pas grand intérêt.

Descomps ajoute l'examen du pancréas et de l'arrière-cavité des épiploons que nous ne pouvons reproduire ici, malgré l'intérêt qu'il présente.

Fixation du côlon ascendant

La torsion de l'anse est terminée, l'intestin grêle et le gros intestin occupent maintenant la place définitive qu'ils tiendront chez l'adulte. Il ne reste plus qu'à fixer les différents segments du tube digestif dans leurs positions : le péritoine, par des accollements nombreux, va réaliser ce but.

Vers le 4^e mois, le *mesenterium commune* est étalé transversalement au devant de la paroi postérieure: par suite de l'agrandissement proportionné au développement de l'intestin qu'il a dû subir, il est forte-

ment plissé, mais sa direction générale n'en est pas moins transversale.

Il se divise donc en deux parties par suite d'un accolement avec le péritoine sous-jacent ; cet accolement se fait selon la ligne de l'artère mésentérique supérieure.

Nous avons ainsi deux mésentères secondaires, l'un droit, l'autre gauche ; celui-ci placé au-dessous de l'artère du tronc de l'artère, répond à l'intestin grêle, celui-là placé au-dessus du vaisseau, répond au côlon.

Le mésentère du grêle devient le mésentère proprement dit définitif et reste flottant. Le mésentère du côlon devient le mésocolon et va s'accoler au péritoine postérieur sous-jacent.

L'accolement se fait d'abord avec la face antérieure du duodénum, puis avec le mésoduodénum ; de là il progresse de haut en bas, depuis un point correspondant au niveau de la naissance de la mésentérique supérieure, jusqu'à l'abouchement iléo-cæcal ; transversalement, il s'étend du bord libre du côlon à l'insertion secondaire du mésentère commun.

Il se produit, dans l'aire ainsi délimitée, un fascia d'accolement qui remplace le mésocolon ascendant dont il ne subsiste de traces, inconstantes d'ailleurs, que dans la partie inférieure.

Cet accolement progressif n'est complet que vers le 9^e mois de la vie utérine, l'évolution est souvent irrégulière ; plus-avancée chez tel embryon que chez tel autre du même âge, elle peut manquer totalement.

ainsi que nous le verrons dans un instant, ou présenter des lacunes. Trèves en effet signale par places des défauts d'accolement formant comme des ouvertures plus ou moins béantes où l'intestin peut aller s'étrangler.

Pour expliquer la disparition du mésocolon ascendant, rien n'est plus simple que de parler d'accolement de deux feuillets séreux. Pourtant deux autres théories ont été émises. Jonnesco explique que le côlon a entraîné du tissu mésodermique qui bourgeonne et s'accroît jusqu'à gagner le péritoine postérieur et réunit ainsi les deux séreuses. A côté de cela, certains auteurs admettent la théorie du glissement : par suite de l'accroissement de la paroi, la racine du mésocolon ascendant est amenée peu à peu en face du côlon lui-même, jusqu'à disparition complète.

Quoi qu'il en soit, nous arrêtons au côlon ascendant la fixation du mésocôlon, limités que nous sommes par le but proposé, démontrer les causes de l'appendicite gauche. Or il nous suffit de savoir que le méso persistant, le côlon ascendant peut-être d'autant plus libre que ce méso est plus large : il peut ainsi passer de droite à gauche, retournant ce méso, comme le feuillet d'un livre : passant ainsi à gauche de la ligne médiane, il peut y être fixé par quelque adhérence, ou même sans cela, être surpris dans cette position par la crise d'appendicite.

Cette anomalie sans être fréquente est cependant moins rare que l'anomalie de torsion de l'anse ; Trèves parle de 26 0/0, chiffre évidemment très exagéré ;

nous ne ferons que citer les cas de Turner, de Wenzel Gruber, Walsham, Bruce Young, Rogie, Jonnesco et Guibé. Récemment au cours d'une autopsie faite par le Docteur Castagnary chez un homme de 60 ans, mort de lithiase biliaire, nous avons pu voir un cœlon ascendant extrêmement mobile.

A l'ouverture de l'abdomen, le cœcum était placé à gauche de la ligne médiane dans le voisinage de l'angle splénique; de là, le cœlon décrivait une courbe à concavité supérieure, longeant le cœlon transverse qu'il doublait ainsi sur son bord inférieur et retrouvait la bonne voie à partir de l'angle hépatique. Cet angle était en effet normalement fixé ainsi que les autres segments du cœlon. Par contre le méso-cœlon ascendant extrêmement développé flottait comme un mésentère dans la cavité abdominale. L'autopsie ne révéla pas d'autres anomalies des viscères ou du péritoine.

CHAPITRE IV

Quelques Remarques au sujet de la torsion de l'Anse ombilicale

L'étude que nous avons pu faire sur certains embryons, malheureusement trop peu nombreux, nous a permis de faire quelques remarques au sujet de la torsion, qu'il nous paraît utile de signaler.

1° De l'accroissement rapide de l'intestin en longueur, accroissement disproportionné avec celui de ses attaches mesentériques, résulte un *plissement en S italique* du tube intestinal que nous avons remarqué chez tous les jeunes embryons ; simple phénomène mécanique, d'apparition très précoce, dû à l'augmentation en longueur du canal digestif.

Si, prenant entre les doigts les deux extrémités d'un tube

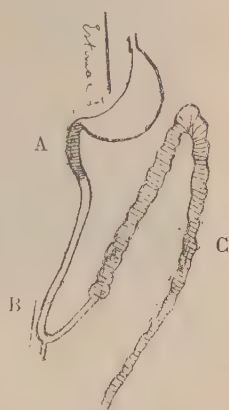


FIG. 6

Schéma montrant les différentes portions de l'intestin grêle. En A duodenum, en B, intestin grêle, en C, gros intestin.

souple, on les rapproche de façon à rendre la distance qui sépare les doigts deux ou trois fois plus courte que la longueur du tube, on voit celui-ci se plisser en S italique (fig. 6 bis).

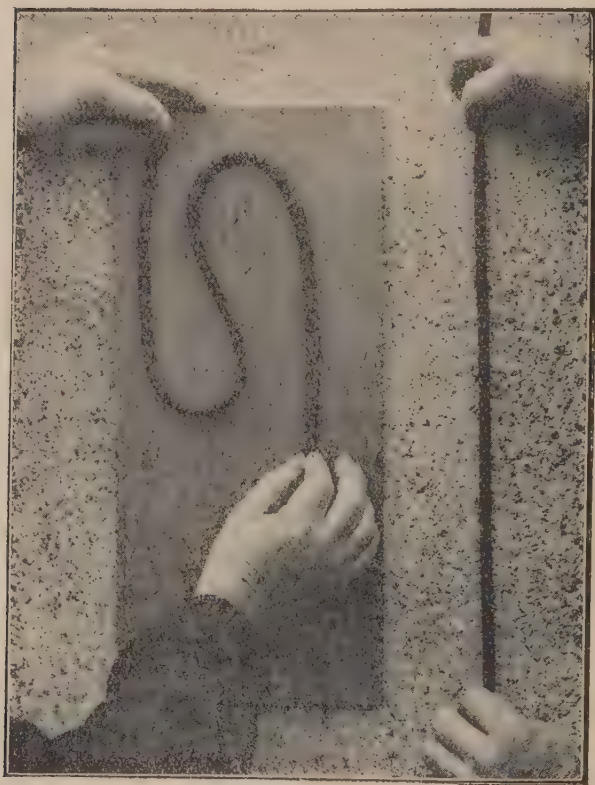


FIG. 6 bis

Tel semble être le phénomène initial de la torsion mésentérique, existant même dans les anomalies par absence de torsion, et commandant toutes les modifications consécutives (fig. 7 à 13).



FIG. 8, 9, 10, 11, 12, 13.

Schémas de M. le Professeur E. Bureau

L'anse supérieure, à convexité inférieure, deviendra l'anse vitelline, l'anse inférieure, à convexité supérieure, le gros intestin ; le coude de cette dernière formera l'angle spléno-colique qui, de bonne heure, occupera sa situation définitive. (fig. 6.)

II° Les phénomènes consécutifs semblent être la résultante de l'accroissement très inégal des différentes parties du tube intestinal ainsi plissé.

Le duodénum fixé à ses deux extrémités, pylore et angle duodéno-jéjunal, augmente de longueur assez lentement ; l'exiguité du mésentère ne lui permet de s'augmenter que par son bord antérieur ; de rectiligne, il devient progressivement convexe, formant une anse rabattue à droite de la ligne médiane, à convexité inférieure et droite, à concavité supérieure et gauche. Son accroissement, par rapport aux autres portions de l'intestin grêle, est relativement minime.

La partie supérieure de l'anse vitelline, qui devient l'intestin grêle, subit un accroissement en longueur si disproportionné au développement du tronc, qu'elle se plisse en S italiques successives (fig. 7). L'anse inférieure colique, et la portion inférieure de l'anse vitelline, c'est-à-dire toutes les parties destinées au gros intestin, subissent un accroissement relativement lent.

En même temps, l'angle spléno-colique se fixe à sa place définitive par un accollement très précoce : c'est le premier point d'accolement péritonéal, il précède même celui du méso-duodenum.

La masse grêle se développant très rapidement, se loge où il y a place : or, elle ne peut se loger en haut, le volume exagéré du foie occupant toute la partie sus-ombilicale de l'abdomen ; elle gagne donc la fosse iliaque droite, refoulant de la ligne médiane vers la gauche ce qui représente le cæcum et le côlon transverse ; puis son accroissement continu exigeant un nouvel espace, l'intestin grêle passe à gauche, s'engage alors dans l'anse formée par le côlon transverse et le côlon descendant, suivant le sens de la flèche du schéma de la figure 14 ; ses anses refoulent le côlon en haut et à droite, donnant ainsi au côlon transverse son orientation définitive ; celui-ci croise alors perpendiculairement le duodénum et la face gauche de son mésentère sur lesquels il est rabattu ; il s'y accole par un point d'insertion secondaire qui donnera plus tard le mésocôlon transverse. Les anses grêles ont donc ouvert à 90° environ l'angle spléno-colique primitivement très aigu ; on comprend ainsi l'importance de la fixation précoce de cet angle qui sert ainsi de point d'appui au côlon transverse, au moment où il sera soulevé (voir fig. 7 à 12).

L'intestin reste longtemps dans cette position et y prend successivement ses fascias d'accolement : accolement du méso-côlon transverse, du méso-côlon descendant, du méso-duodénum, du mésentère enfin prenant sa racine secondaire.



Schéma explicatif
rétablissant l'anse intestinale
complète.

FIG. 14

EMBRYON DE 9 SEMAINES ENVIRON

(Longueur du vertex au coccyx : 42 millimètres.)

Grossi de 5 diamètres.

Léger retard dans l'évolution de l'anse intestinale. La torsion est commencée, le cæcum est à gauche, et l'abouchement iléo-cæcal se fait sur la face droite du cæcum. Cet embryon représente sensiblement la disposition que nous avons trouvée à l'autopsie de notre sujet,



A

B

FIG. 15

En A : EMBRYON DE 38 MILLIMÈTRES.

En B : EMBRYON DE 18 MILLIMÈTRES.

Dimensions du vertex au coccyx.

Grossis de 5 diamètres

Chez ces deux embryons la torsion est terminée, toutes les anses grêles sont à gauche du cæcum ; celui-ci est élevé, caché sous le foie. Il y restera, ainsi que nous le verrons dans les autres figures, jusqu'au 6^e mois. Même en B, la fixation de l'angle splénique est opérée.

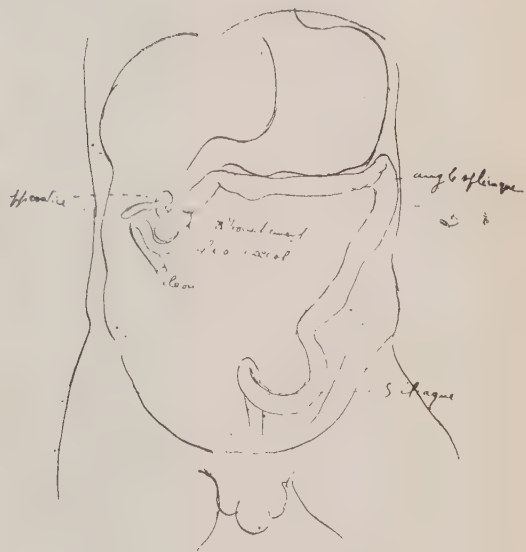


Schéma explicatif.

FIG. 16.♦

EMBRYON DE 3 MOIS. — 80 millimètres du vertex au coccyx
(Léger grossissement.)

La torsion de l'anse est terminée : l'angle splénique est fixé depuis longtemps ; le cæcum est dans l'hypochondre droit, bien au-dessus de l'épine iliaque ; le côlon ascendant n'est pas encore apparu.



FIG. 17.

EMBRON DU DÉBUT DU 4^{me} MOIS

Dimension : 95 millimètres (léger grossissement).

La disposition intestinale est restée la même que dans la fig. précédente. Le cæcum est toujours au-dessus de l'épine iliaque. Ce n'est que vers le 6^e mois qu'il commencera à descendre sous l'influence du développement du côlon ascendant.

CHAPITRE V

Symptômes et Diagnostic

L'appendicite gauche peut revêtir toutes les formes cliniques de l'appendicite droite : on rencontre la forme simple avec périappendicite non suppurée, la périappendicite suppurée, la péritonite généralisée survenant d'emblée ou secondairement. Nous ne référons pas ici la description des différentes formes qui sont communes aux deux variétés ; nous nous bornerons à décrire les symptômes propres à l'appendicite gauche.

La *douleur* au début, peut être diffuse, périombilicale, ou se manifester sous forme d'une barre épigastrique, comme dans l'appendicite ordinaire, mais elle ne tarde pas à se localiser. Cette localisation varie suivant l'anomalie anatomique qui a déplacé le cæcum ou l'appendice. Quand il y a simplement lon-

gueur exagérée de l'appendice ou mobilité du colon ascendant, le plus souvent l'appendice dépasse de peu la ligne médiane, et c'est au voisinage de cette ligne, vers le muscle grand droit gauche, à 2 doigts au-dessous de l'ombilic, que se localise la douleur. S'il y a arrêt de torsion de l'anse intestinale, le cæcum étant franchement à gauche, la douleur se produit en un point symétrique de celui de Mac Burney. Disons d'ailleurs que ces localisations sont loin d'être constantes : n'avons-nous pas vu dans les anomalies anatomiques un cæcum mobile placé devant l'angle splénique ? Le point important, c'est que la douleur est localisée à gauche de la ligne médiane.

La recherche du *point douloureux* à la pression, conduit évidemment dans la même région ; quelques observations notent un réveil de la douleur par pression éloignée sur l'angle splénique ou l'hypochondre gauche ; nous-même, nous avons pu constater le fait chez notre malade ; peut-être faut-il voir là le signe de Rovsing de l'appendicite gauche. En effet, le principe en est aussi logique ici que dans la forme ordinaire : l'augmentation de la tension des gaz du colon par compression de sa paroi, doit retentir sur le cæcum douloureux, quelle que soit la situation de celui-ci.

La contraction pariétale accompagne la douleur ; à gauche de la ligne médiane ; bien que plus vague et moins limitée, la localisation est facile à reconnaître. Bientôt, la main perçoit une tuméfaction de forme et d'étendue variables, le plastron appendiculaire, qui

ne diffère de celui que nous avons l'habitude de voir que par sa situation.

Par contre la fosse iliaque droite est libre, — sauf évidemment dans les cas de péritonite généralisée — le malade n'y souffre pas, la main exploratrice n'y réveille aucune douleur et peut palper la région sans difficulté, mais on n'y trouve ni plastron, ni empatement, ni même le gargouillement cæcal.

Le *toucher* rectal ou vaginal permet parfois de sentir une tuméfaction gauche ou presque médiane que la palpation abdominale combinée retrouve à son pôle supérieur ; il ne renseigne évidemment que dans l'appendicite pelvienne, mais il peut localiser plus nettement à gauche, ce que la contracture de la paroi ne laisse pas délimiter. Karewsky, dans 4 de ses cas, a tiré grand profit de ce mode d'exploration. Chez notre malade, la péritonite étant généralisée, le toucher rectal ne révélait rien d'intéressant.

La *radioscopie* enfin ne doit pas être oubliée quand elle peut être faite. Impraticable dans les crises aiguës, elle fixe nettement le diagnostic, si l'on a affaire à une appendicite refroidie, ou à une forme chronique. Dans sa communication au Congrès de chirurgie, M. Baumgartner présente une radiographie prise un mois après l'appendicectomie, où l'on voit nettement le gros intestin tout entier à gauche de la ligne médiane. Aubourg d'ailleurs, en 1910 a publié plusieurs radiographies de l'appendice et du cæcum chez le vivant, accompagnées de l'exposé de la technique suivie ; le malade absorbe un lait de carbonate de Bismuth ; on pratique des examens radioscopi-

ques toutes les 2 heures, parfois on peut voir l'appendice dès la 8^e heure, mais en général, il faut attendre 18 heures avant d'opérer. (Tubes Gaudelach, 7 milliampères, à 70 centimètres, 9 secondes.)

Le diagnostic sera donc basé sur la déviation à gauche de tous les symptômes locaux, subjectifs et objectifs ; la radioscopie si elle est possible le confirmera. Malgré cela, le diagnostic d'appendicite gauche est le plus souvent difficile, et de nombreuses causes d'erreur sont à éviter.

Il faut d'abord éliminer *l'appendicite droite accompagnée de symptômes à gauche* : parfois en effet, on trouve le maximum de la douleur ou de la tuméfaction dans le côté gauche de l'abdomen, sans qu'il y ait anomalie des organes. Barbet, Routier et Obrat-zoff, ont rapporté des observations de ce genre.

Dans ces cas, la douleur fut d'abord localisée à droite, puis s'est diffusée avec l'infection, pour donner un maximum dans la fosse iliaque gauche ; à la pérityphlite, a succédé par propagation, une périsigmoïdite, sans qu'il y ait eu péritonite généralisée. Les commémoratifs du début, ont ici la plus grande importance, car on a affaire à deux localisations consécutives, séparées par un laps de temps assez marqué.

Environ 5 à 6 jours après le début de l'affection, le malade présente une seconde crise ; la douleur est dans la fosse iliaque gauche, la paroi présente en ce point une saillie très marquée, et la palpation, gênée d'abord par la contracture, trouve bientôt un bourre-

let résistant, plus ou moins régulier, très douloureux ; la percussion révèle une matité s'étendant obliquement en haut et vers la droite, au-dessus de l'S iliaque œdématié ; le côlon descendant, l'angle splénique et le côlon transverse gardent leur sonorité. Ajoutons à cela les douleurs de la défécation, et le ténésme constant qui caractérisent la péricécumite :

Dans ces cas, il y a deux foyers, bien limités, communiquant le plus souvent sur la ligne médiane, et l'on est en présence d'une appendicite droite avec abcès secondaire à gauche.

Parfois l'appendicite droite avec symptômes plus marqués à gauche, s'est compliquée de péritonite généralisée. Cette forme peut succéder à la précédente, par suite de la rupture de l'un des deux abcès dans la cavité péritonéale ; mais le plus souvent, il s'agit d'une appendicite droite perforante, suivie d'une péritonite à généralisation rapide. Dans les deux cas, les détails de l'évolution, la localisation droite de la douleur et de la tuméfaction au début, les commémoratifs enfin, fixeront le diagnostic.

Quand les symptômes ont été d'emblée localisés à la fosse iliaque gauche, la difficulté est de différencier l'appendicite de la sigmoïdite. Nous distinguerons la sigmoïdite perforante avec péritonite généralisée, la sigmoïdite aiguë non suppurée et la péricécumite suppurée.

La *sigmoïdite perforante* suivie de péritonite généralisée est extrêmement rare, si bien qu'elle fut niée par certains auteurs ; Patel cependant l'admet et

cite des observations dans son mémoire. Elle est alors consécutive à l'ulcération d'un diverticule de l'S iliaque.

Ces diverticules sont presque exclusivement l'apanage du vieillard, ils demeurent exceptionnels chez l'adulte et l'enfant. Déjà, Cruveilhier le dit dans son dictionnaire de Médecine ; depuis, Moser nie absolument le diverticule du gros intestin chez l'enfant ; Zilgien a remarqué que tous ses malades observés ont dépassé la cinquantaine. Maxwell Telling sur 81 cas, trouve 60 ans comme âge moyen ; il cite 10 cas au dessus de 70 ans, 8 au dessus de 60, 7 entre 40 et 60, et 3 au dessous de 35 ans.

La perforation de ces diverticules, sauf chez le vieillard très avancé, s'accompagne des phénomènes dramatiques habituels dans toute perforation : douleur brusque et violente, vomissements, shock, ventre de bois. Température élevée et pouls rapide ; elle est beaucoup plus grave chez les sujets âgés, la faible vitalité du péritoine ne permettant pas une réaction rapide, et la formation d'adhérences, la péritonite généralisée est donc constante. Chez l'adulte au contraire, la perforation du diverticule est précédée d'une réaction péritonéale qui empêche, le plus souvent les accidents graves.

Le toucher rectal enfin, s'il ne permet pas de sentir une tuméfaction, ce qui est rare, produit souvent un réveil de la douleur qui est à rechercher.

Ajoutons à cela, les antécédents de toute sigmoïdite, le long passé de constipation particulièrement,

et nous aurons les principaux éléments du diagnostic : chez le vieillard, penser à la sigmoïdite, chez l'adulte et chez l'enfant penser à l'appendicite ; la constatation d'une péritonite généralisée renforce cette règle.

La *Sigmoïdite aigue non suppurée* peut aussi être confondue avec l'appendicite gauche. Elle se produit chez des sujets jeunes, habituellement constipés, ayant eu, dans un passé rapproché, une maladie infectieuse.

Comme dans l'appendicite, le début est brusque, aigu, mais la douleur est moins tenace, plus facile à calmer, et surtout moins choquante que la douleur appendiculaire ; les vomissements sont rares, et la réaction péritonéale peu appréciable ; le thermomètre atteint d'emblée 40, et le pouls monte à l'unisson. La palpation de l'abdomen est arrêtée par la contraction douloureuse de la paroi.

Ces symptômes s'amendent vite, la crise aigüe ne dépasse pas 24 ou 48 heures ; l'action du traitement, diète et glace, est rapidement efficace. La main trouve alors, parallèle à l'arcade de Fallope qu'il longe, le boudin iliaque, dur, douloureux, qui disparaît peu à peu, en même temps que s'évacuent des matières dures et glaireuses, mélangées de sang et de débris de muqueuse.

A aucun moment, le toucher rectal ou vaginal ne donne de renseignements, d'après Patel ; disons pourtant que Dalché, Mathews et Walcha parlent d'une sorte d'œdème de la partie terminale de l'S ilia-

que, perceptible au toucher et visible au rectoscope.

La rectoscopie et la sigmoidoscopie peuvent, en effet, aider au diagnostic. Boas, Mathews, Mumme-ry, M. Hartmann en France, ont employé ces procédés : on voit ainsi une muqueuse épaissie, congestionnée, recouverte par places, d'un enduit jaunâtre, semée parfois de végétations glandulaires ; l'appareil ramène un enduit muqueux, glaireux, caractéristique auquel se mêle parfois le sang des petites hémorragies provoquées par l'appareil.

En résumé, la sigmoidite non suppurée, se distingue de l'appendicite gauche, par l'évolution bénigne et courte, les troubles de la défécation, et l'évacuation de matières caractéristiques : l'examen rectoscopique est à pratiquer.

Reste la *périsméïdite suppurée*, forme qui se rapproche beaucoup de l'appendicite gauche suppurée. Elle peut faire suite à la précédente, ou survenir d'emblée.

Le sujet est jeune ; les symptômes sont les mêmes que dans l'appendicite, début brusque, douleur violente, vomissements. T° élevée, pouls rapide, facies grippé, constipation, suppression des gaz ; le ventre est ballonné, contracturé et immobilisé dans la fosse iliaque gauche ; on trouve de la matité à la percussion, et quand les phénomènes s'amendent, la contracture disparaissant, la palpation permet de reconnaître un gâteau péritonéal à gauche.

En présence de ces symptômes, le diagnostic d'appendicite ou de périsméïdite est des plus difficile ;

nous eûmes l'occasion d'observer une péricolite suppurée dans le service du professeur G. Sourdille, en janvier dernier; le diagnostic ne fut tranché qu'à l'opération: la palpation découvrait un boudin allongé, de 12 centimètres environ, nettement accolé sur la paroi iliaque. Peut-être, par contre dans l'appendicite, la percussion et la palpation permettent-elles parfois de repérer l'anse sigmoïde en dehors de la masse du gâteau; les signes de précision manquent, et le diagnostic est souvent impossible cliniquement.

Le toucher rectal en effet, ne donne pas plus de renseignements que la palpation; Sawicki pourtant lui doit un diagnostic sur 3 observations, mais dans la plupart des cas, et dans le nôtre particulièrement, le toucher rectal ne donnait aucun indice intéressant.

La sigmoïdoscopie trancherait le diagnostic, mais en présence de phénomènes péritonéaux aigus, il y a danger à introduire des instruments rigides à l'intérieur d'un canal intestinal plus ou moins coudé ou dévié par les adhérences que subit la face séreuse. Dans sa communication au Congrès de Budapest, Strauss cite la péricolite suppurée parmi les contre-indications de la sigmoïdoscopie.

Nous dirons la même chose de l'insufflation de l'intestin: elle permet de voir le côlon se dessiner sous la peau; on peut ainsi suivre le trajet du gros intestin et voir sa disposition. S'il y a sigmoïdite, l'anse sigmoïde devenue rigide ne se dilate pas, et il y a interruption dans le trajet du côlon.

Bref, les éléments de diagnostic sont insuffisants

pour différencier la péricécumite suppurée de l'appendicite gauche. Loison déclare que dans bien des cas, on peut trouver la forme du cæcum au palper, et reconnaître ainsi sa situation; nous n'accordons pas grande confiance à cette possibilité et nous concluons avec M. Brocas et M. Jalaguier que parmi les sigmoïdites, il y a beaucoup d'appendicites, que celles-ci soient gauches, ou droites avec abcès gauche.

Le chirurgien doit penser encore à l'*ulcère simple de la portion iliaque gauche du gros intestin*: l'affection, décrite par MM. Quénu et Duval, présente une symptomatologie qui peut permettre de ne pas la confondre avec l'appendicite; nous distinguerons l'ulcère chronique et l'ulcère aigu, longtemps latent, donnant d'emblée des accidents graves.

Les crises de l'ulcère chronique sont assez caractéristiques; la constipation déjà habituelle s'accroît peu à peu, le ventre se ballonne, en même temps apparaît la douleur localisée au point de l'ulcère, douleur continue, s'atténuant légèrement au repos, réveillée par le contact des matières ou la dilatation due au passage des gaz, exaspérée surtout par la palpation; cette douleur atteint parfois une intensité suraiguë comme dans l'ulcère de l'estomac; ses irradiations suivent les contractions intestinales, point important pour le diagnostic; la T° monte légèrement et le pouls devient plus rapide. Le tout se termine par une débâcle de matières diarrhéiques parfois mêlées de sang ou de méléna.

L'hémorragie est en effet un symptôme caractéris-

tique important ; malheureusement, elle peut passer inaperçue, car elle n'est abondante que dans l'ulcère de la région rectale. Rappelons enfin, les services que peut rendre ici la sigmoïdoscopie.

L'ulcère compliqué de péritonite peut-être différencié de l'appendicite s'il s'agit d'un ulcère chronique ayant évolué peu à peu vers la perforation ; les commémoratifs feront souvent le diagnostic. Mais quand l'ulcère donne d'emblée la péritonite comme signal-symptôme, la difficulté est presque toujours insurmontable : la perforation sigmoïdienne et la perforation appendiculaire donnent sensiblement les mêmes phénomènes ; la disparition de la matité hépatique, si elle existe, est en faveur d'une perforation extra-appendiculaire.

Nous serons courts sur l'élimination des affections chroniques de l'S iliaque, cancer et tuberculose. Le cancer se caractérise par sa dureté, son irrégularité, son évolution, ses signes de sténose, son méléna, l'âge du sujet.

La tuberculose, à la phase ulcéreuse du début, s'accompagne souvent de poussées de péritonite péri-sigmoïdienne, qui peuvent simuler l'appendicite, et si la bacilliose pulmonaire n'est pas nette, le diagnostic est difficile. A la phase ulcéro-caséreuse, l'apparition d'une tumeur mal limitée, à contours irréguliers, de consistance inégale, à évolution lente, sera caractéristique ; la forme hypertrophique enfin se reconnaîtra à son évolution, à la multiplicité fréquente de ses localisations dont l'une est souvent recto-anale.

L'*actinomycoïse* elle-même fut pour Karewsky une cause d'erreur. Le diagnostic en effet ne peut-être fait tant que la paroi n'est pas envahie, présentant alors son plastron de bois, ses fistules et son pus caractéristiques.

Citons encore pour le diagnostic différentiel de l'appendicite chronique gauche, la constipation avec douleur iliaque gauche, dans les ptoses du côlon, les « fécalômes » des constipés de Mayor, et la maladie de Hirschprung.

La *ptose du côlon* produit un tiraillement de l'anse sigmoïde qui se tend comme une corde, — cordon sigmoïdal de Glénard — et il se produit parfois une réaction abdominale douloureuse ; mais la ptose des autres organes, l'entérite diffuse avec selles glaireuses, l'absence de phénomènes aigus dans les commémoratifs sont les points à retenir.

Les *fécalômes des constipés iliaques* décrits par Mayor, se reconnaissent à leur consistance irrégulière, pâteuse ici, et là plus dure ; le boudin est souvent fragmenté, et le doigt s'enfonce entre les masses ; de plus, le lavement évacuateur fait tout disparaître.

Quant à la *maladie de Hirschprung*, la dilatation énorme de tout le côlon, et la forme de l'abdomen, le sujet étant debout, la congénitalité enfin de l'affection en feront le diagnostic.

Pour terminer, après les affections intestinales, nous rappellerons la grande cause d'erreur fournie par les lésions des organes génitaux de la femme, la

salpingite particulièrement. Ce diagnostic différentiel n'étant pas spécial à l'appendicite gauche nous pourrions ne pas en parler, mais chez une femme, en présence de phénomènes infectieux de la fosse iliaque gauche, l'appendicite sera toujours éliminée d'emblée par principe en faveur de la salpingite, aussi croyons-nous devoir rappeler les éléments du diagnostic.

Celui-ci peut être assez facile dans les cas ordinaires, mais si l'appendicite est en position basse et la collection annexielle en position haute, l'erreur peut être inévitable : l'âge est d'abord à considérer, la salpingite étant surtout une affection de la vie génitale, l'enfance et la ménopause permettront souvent de l'éliminer ; les antécédents génitaux, blennorrhagie, abortus, infection post-partum, métrite, leucorrhée, troubles menstruels, sont en faveur de l'annexite ; les antécédents intestinaux, constipation habituelle, alternative de diarrhée et de constipation plaident pour l'appendicite.

Encore faut-il se rappeler cette phrase de Talamon, concluant sur ses statistiques : « On est bien obligé d'admettre que 47 fois sur 100, c'est-à-dire dans près de la moitié des cas, il est impossible de rattacher l'appendicite au moindre trouble intestinal. »

On cherchera en outre la coïncidence possible d'une première crise avec la puerpéralité ; cette coïncidence expliquant la situation haute des annexes permet de penser à la salpingite. « Dans cette région élevée, dit Doléris, l'annexite ne saurait siéger à moins d'une

atteinte préalable, ancienne ou récente, contemporaine du puerperium. Seule, en effet, la gestation peut expliquer ce siège anormal des annexes dans la région lombo-iliaque, loin du plancher pelvien, et seule, une inflammation datant des premiers jours des couches, peut les atteindre et les fixer en cet endroit, où de nouvelles poussées peuvent se reproduire. »

De même l'apparition de la crise au moment d'une période menstruelle, est en faveur d'une salpingite.

L'interrogatoire enfin doit préciser la localisation initiale de la douleur, et rechercher les irradiations épigastriques et ombilicales de l'appendicite.

A l'examen, la palpation peut être insuffisante, gênée qu'elle est par la contracture, et le toucher sera souvent plus utile. Si l'on peut constater le bon état des annexes, et les différencier de la tumeur, si l'utérus est mobilisable sans douleur, indépendamment de la tumeur, mobilisable non seulement du col, mais aussi du fond, M. J. L. Faure insiste sur ce point, le toucher fait pencher vers l'appendicite, mais si l'utérus, les annexes, et la masse inflammatoire sont solidaires, si leur examen vaginal est douloureux, il faut incliner vers la salpingite.

Les signes généraux aussi différent souvent dans les deux affections : « Il m'a semblé, écrit Bouilly, que dans l'appendicite, les phénomènes péritonéaux étaient, dès le début et d'emblée, portés à un degré de gravité que l'on n'observe pas en général dans la péritonite d'origine annexielle, même de forme grave.

La sensibilité abdominale est plus grande et plus étendue ; le ballonnement est plus prononcé ; les vomissements bilieux sont plus précoces et plus répétés, la parésie intestinale est plus accentuée, le facies est plus rapidement altéré ; en un mot, les traits du tableau péritonéal sont plus marqués et mieux dessinés, et d'emblée, la gravité de l'état apparaît plus sérieuse dans l'appendicite que dans la pelvipéritonite d'origine annexielle. »

L'évolution même donne des renseignements précieux mais tardifs : la durée de la période aigüe est plus courte dans la salpingite ; si l'infiltration péri-utérine disparaît rapidement, rendant à l'utérus sa motilité, et qu'on ne trouve plus que des signes abdominaux, l'appendicite est probable ; disons aussi que la péritonite généralisée est beaucoup plus fréquente dans l'appendicite que dans l'annexite.

Souvent enfin, il y a coexistence des deux affections, dans ces cas, pour savoir de quel organe vient la crise aigüe, il faut rechercher la métrite aigüe qui, primitive ou réchauffée, accompagne toujours la crise d'annexite.

A ces diagnostics différentiels déjà nombreux, nous devons ajouter la plupart de ceux que l'on doit faire dans l'appendicite droite. Karewsky d'ailleurs, à propos des dix cas qu'il a observés, a fait les erreurs les plus inattendues, depuis la coxalgie et le mal de Pott jusqu'à la neurasthénie ; c'est dire combien le diagnostic de l'appendicite gauche peut être épineux parfois.

CHAPITRE VI

Pronostic. — Traitement

Le pronostic de l'appendicite gauche s'est légèrement amélioré depuis que l'attention des chirurgiens a été attirée sur cette affection ; malheureusement, souvent le médecin, qui voit le malade avant le chirurgien, ignore la forme gauche de l'appendicite et s'obstine à éliminer cette affection dans son diagnostic, à cause de la localisation des symptômes. En un mot, la gravité du pronostic vient le plus souvent d'une erreur de diagnostic, et partant d'une temporisation fâcheuse.

Nous trouvons en effet dans les trente observations que nous publions, 11 guérisons, 12 morts, et 7 résultats inconnus ; ces derniers seraient probablement à ajouter au chiffre des morts, si nous en jugeons par les observations et le peu de souci qu'ont

les auteurs de noter les résultats. Si nous divisons les observations selon deux époques, nous trouvons pour ces dernières années dix guérisons, 2 morts et 5 résultats inconnus, et pour les années plus éloignées, 10 morts, 1 guérison et 2 résultats inconnus. Le pronostic s'est donc sensiblement amélioré d'après ces statistiques, mais nous devons ajouter que la plupart des guérisons de ces dernières années sont dues à Karewsky dont la statistique compte un bon nombre de cas chroniques, ainsi que nous le verrons aux observations.

Le traitement ne présente rien de spécial si le diagnostic est fait. On pratiquera à gauche des incisions symétriques de celles que l'on fait habituellement à droite, en se rappelant toutefois que l'appendicite gauche est souvent plus rapprochée de la ligne médiane, que l'appendicite droite. Dans le doute, si l'on a affaire à une forme chronique, sans possibilité d'infecter le péritoine par ouverture d'une cavité purulente, la laparotomie médiane, pouvant servir à deux fins, est à préférer. Le plus souvent, il arrive qu'on incise à droite, malgré la localisation des symptômes ; on tombe alors sur les anses grêles, et après avoir vainement cherché le cœcum dans toutes les directions, on finit par trouver, au delà de la ligne médiane, un paquet d'anses accolées, où l'on aperçoit le gros intestin. Si l'appendice est visible, et peut-être extirpé sans difficulté, on se contentera de la première incision, sinon, mieux vaut en faire une seconde dans la fosse iliaque gauche.

Observations

OBSERVATION I

(Personnelle)

Joseph Le B. 14 ans, Nantes. Le malade entre à l'Hôtel Dieu en pleine péritonite le samedi 18 janvier 1913 à 5 heures du soir.

Le mardi d'avant, 14 janvier, dans la nuit, l'enfant a été pris d'une douleur subite péri-ombilicale, douleur extrêmement violente, arrachant des cris au malade, 3 vomissements biliaires. La crise dure 1 heure environ. Le lendemain, la mère donne une purgation d'huile de ricin qui est vomie ; applications de cataplasmes.

Les douleurs reparaissent dans la journée, localisées maintenant à la fosse iliaque gauche ; vers 3 heures, le soir, le malade a une crise extrêmement violente, cris, vomissements, frissons, sueurs, tendance au collapsus.

Le jeudi, les douleurs sont moins violentes, plus diffuses, s'étendant à tout l'abdomen ; vers 8 heures, les vomissements verdâtres porracés apparaissent, l'enfant est très déprimé.

Le samedi, le malade est vu par un médecin qui l'envoie d'urgence à l'Hôtel Dieu.

Pas d'antécédents héréditaires ou personnels intéressants, pas de passé gastro-intestinal.

A son arrivée l'enfant présente un facies péritonéal des plus marqué, le pouls est à 160, la température à 38° 9. Les vomissements porracés sont continuels, aucune matière, aucun gaz n'ont été émis depuis 3 jours ; les douleurs ont presque disparu.

Examen. — Le ventre est ballonné dans toute son étendue, complètement immobilisé, ne présentant pas de mouvements respiratoires.

La palpation permet de déprimer la paroi sans réveiller de trop vives douleurs, ni une contracture trop marquée. La douleur et la contracture sont cependant plus intenses du côté gauche, sur la ligne horizontale passant par l'ombilic. On réveille la même douleur en ce point par pression éloignée sur l'angle splénique. La percussion donne une sonorité aigüe dans tout l'abdomen, mais la matité hépatique subsiste.

Diagnostic. — Péritonite appendiculaire par perforation avec peut-être appendice à gauche.

Opération. — Le samedi à 6 heures du soir. Incision de Roux dans la fosse iliaque droite; aussitôt après l'ouverture du péritoine, il s'échappe un flot de liquide ayant l'aspect de bouillon sale : l'intestin grêle dilaté, vascularisé, à séreuse dépolie, vient faire hernie : il ne porte pas trace de fausses membranes, d'ailleurs les doigts explorant la cavité péritonéale ne rencontrent aucune adhérence.

On cherche l'appendice, mais on ne trouve ni cæcum, ni colon ascendant. En allant vers la ligne médiane, on sent des anses agglomérées, et du pus semble sourdre de cette région.

Fermeture de l'incision droite. Nouvelle incision sur le bord externe du muscle droit gauche, au niveau de la fosse iliaque ; au milieu de quelques anses agglutinées avec quelques adhérences épiploïques, on découvre facilement le cæcum suivi de son appendice. Celui-ci sphacélé et perforé est réséqué, un drain est placé dans le Douglas et la paroi est refermée.

Dans la nuit, l'enfant a 3 vomissements noirâtres, mêlés de sugillations sanguines, le premier 3 heures après l'opération.

Mort le lendemain, l'enfant n'a survécu que 10 heures à l'intervention.

L'appendice examiné est renflé dans son tiers distal ; à l'union de cette partie renflée et de la portion proximale, on remarque une plaque noirâtre circulaire, d'un diamètre de 5 millimètres environ, et au centre une perforation également circulaire large de 2 millimètres. Pus et matières stercorales dans la partie renflée.

Autopsie. — Liquide louche dans le ventre, anses intestinales dilatées avec adhérences, pus abondant dans la fosse iliaque gauche.

Le cæcum est bien dans cette fosse iliaque : tout le gros intestin est à gauche de la ligne médiane et tout l'intestin grêle à droite. (Fig. 18)

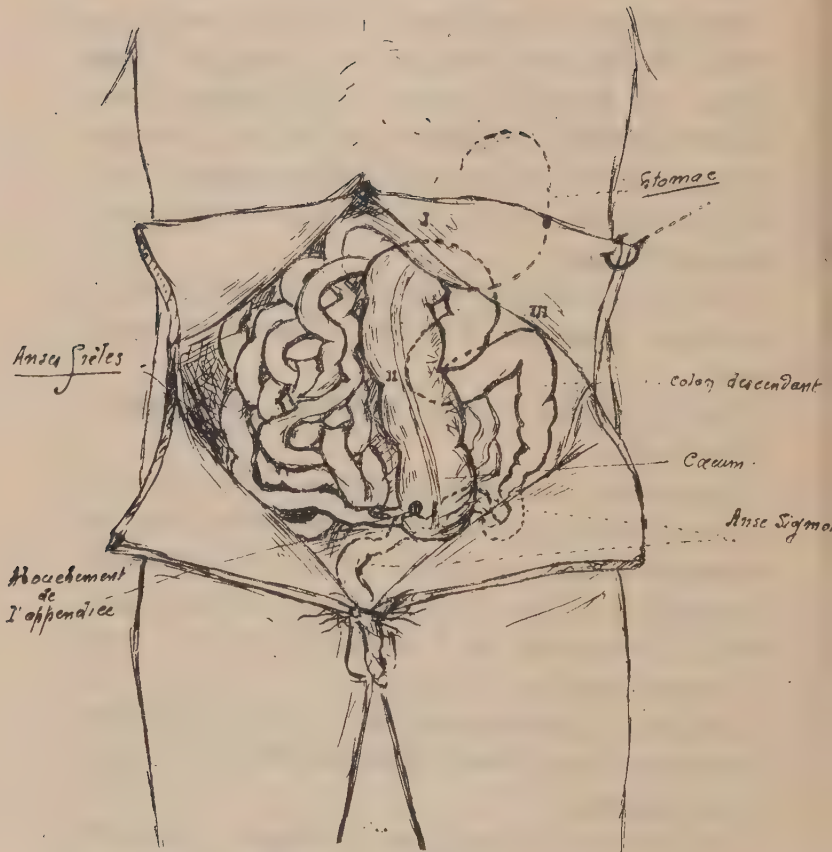


Fig. 18

Aspect et dispositions des anses intestinales à l'ouverture de la cavité abdominale.

1. Tout le gros intestin est à gauche de la ligne médiane.

2. Il présente 3 courbures :

1^{re} au dessous de l'estomac.

2^e au dessous de la portion ascendante verticale, au niveau de l'ombilic.

3^e à peu près au niveau de la coudure normale du colon descendant.

3. Cæcum et appendice sont dans la fosse iliaque gauche.

Le cœcum est placé dans l'hypogastre gauche ; peu développé en longueur, il est orienté verticalement. Sa face antérieure est en rapport avec la paroi, sa face postérieure

repose sur l'anse sigmoïde, sa face droite reçoit l'abouchement de l'iléon, sa face gauche répond à la fosse iliaque gauche. De là, le gros intestin se dirige légèrement oblique de bas en haut et de gauche à droite, le long et à gauche de la ligne médiane, vers la grande courbure de l'estomac. Il en gagne la face postérieure sous laquelle il décrit une première courbe à angle droit. Il descend ensuite obliquement de haut en bas et de gauche à droite et, après un trajet de 15 centimètres environ, va donner un second angle très aigu, derrière le tiers moyen du côlon ascendant, au niveau de l'ombilic. Le gros intestin gagne de là l'angle splénique, suivant une direction transversale, légèrement oblique de droite à gauche et de bas en haut ; après l'angle splénique nettement marqué et normalement fixé, le colon ascendant, l'anse sigmoïde et le rectum ont une disposition normale.

Le gros intestin, du cæcum à l'angle splénique, présente un large méso qui se continue sans ligne de démarcation avec le mésentère du grêle. Le *mesenterium commune* est resté intact comme à l'état embryonnaire : on retrouve, en effet, son *insertion transversale* de petite étendue, 5 centimètres environ, située sous la tête du pancréas.

Le duodénum, comprenant ses 4 portions, est tout entier à droite de la ligne médiane, et l'angle duodeno-jéjunal est fixé sur le flanc droit du rachis, exactement sur le pilier droit du diaphragme. Le mésoduodénum a disparu, et ce segment intestinal est fixé à la paroi postérieure.

Les vaisseaux mésentériques sont restés en arrière du duodénum, ils se continuent dans le *mesenterium commune*.

La tête du pancréas n'est pas incluse dans l'anneau duodénal, elle naît à gauche de la 4^e portion, empiétant légère-

ment sur le bord correspondant. Le reste de l'organe est normal, mais ne présente pas trace d'insertion de mésentère transverse.

OBSERVATION II

WALTHER, *Rapport au Congrès de chirurgie*, 1912

M. X....., quatorze ans. Appendicite chronique, poussée subaigüe. Depuis deux mois, amaigrissement, douleur constante malgré un régime sévère.

Opération le 5 juillet 1910. Scopolamine. Ether. Laparotomie latérale. Incision de 3 centimètres, paroi grosse, muscles développés.

A l'ouverture du ventre on voit sortir des anses grêles. On ne voit pas de côlon. Agrandissement de l'incision de haut en bas. Toujours pas de côlon. En suivant la face interne de la paroi depuis le flanc droit, j'arrive sur le mésentère. Il n'y a à droite ni méso, ni côlon. Agrandissement de l'incision en haut.

Recherche en haut d'un côlon inversé, rien. A un moment donné, je crois sentir un appendice gros, tendu sous le foie. Je reconnais bientôt que c'est le pôle inférieur du rein.

Je finis, au milieu du ventre, après avoir encore agrandi l'incision, par trouver l'épiploon qui est attiré avec le côlon transverse. Il va se perdre au-dessous du foie et le côlon semble se retourner sur lui-même pour rester au milieu et à gauche. Il n'y a donc à droite, ni côlon ascendant, ni côlon descendant.

Je vais alors en bas chercher dans la fosse iliaque gauche,

et là, je trouve assez facilement un cæcum mobile, dilaté, qui se laisse attirer, avec un appendice long de dix centimètres, vascularisé, dur. Mésos falciforme large.

1 catgut sur le mésos, 1 sur l'appendice. Moignon enfoui dans la paroi cæcale; je constate alors un abouchement tout particulier de la paroi de l'iléon qui vient s'accoler au cæcum en canon de fusil.

Suture paroi, 3 plans catgut, peau crins.

OBSERVATION III

WALTHER. *Rapport au Congrès de chirurgie, 1912.*

M. X..., vingt-six ans. Appendicite aiguë.

Début le 29 juillet 1912, vers minuit. Depuis trois mois troubles digestifs accentués, régime.

Opération le 30 juillet à sept heures soir. Ether. Laparotomie latérale.

Un peu de sérosité péritonéale claire.

Côlon très dilaté. Dévidement partiel du côlon pour trouver le cæcum, rien. Dévidement par en haut, après agrandissement de l'incision, pour le decouvrement du cæcum, sous le foie : rien. Côlon énorme, véritable mégacôlon. On peut le suivre jusque sous le foie sans rencontrer de cæcum et là on trouve un angle cœlique. En explorant par en bas, on constate que le colon descend dans le petit bassin et qu'il n'y a pas là non plus de cæcum. C'est donc le côlon descendant qui est à droite.

Plongeant alors la main à travers l'abdomen jusque dans la fosse iliaque gauche, on sent un côlon distendu par une

énorme accumulation de matières et on attire facilement le cæcum qui est rempli lui aussi de matières.

Appendice de 10 centimètres, épaissi, rouge, vascularisé, non perforé. Un catgut sur le méso. Moignon enfoui dans la paroi cæcale.

Suture, paroi sans drainage, 3 plans catgut, peau crins.

Durée cinquante minutes. Guérison sans incident.

Avec ces deux observations, M. Walther rapporte un troisième cas d'appendicite à gauche.

« Il s'agissait d'une femme que j'ai opérée, il y a six ou sept ans, pour une appendicite avec annexe. Je fis une laparotomie médiane et, après avoir enlevé les annexes, je cherchai l'appendice, je ne trouvai pas de cæcum, pas de colon ascendant. Je cherchai pendant très longtemps, pendant vingt ou vingt-cinq minutes, je crois, mais je ne trouvai toujours rien. Enfin, après bien des recherches, je finis par rencontrer, vers la ligne médiane, quelque chose qui ressemblait à un colon, mais à un colon replié sur lui-même. Je n'ai pas pu vérifier exactement sa disposition, mais j'ai pu trouver le cæcum au-dessus de la fosse iliaque gauche et enlever l'appendice. »

OBSERVATION IV

SOKOLOVA, *Roussky-Vratch.* Août 1910.

Une femme de 19 ans est prise de violentes douleurs abdominales à la région épigastrique et dans la fosse ilia-

que *droite*, avec phénomènes de péritonite ; après une amélioration momentanée, les accidents reparaissent avec une nouvelle violence. Ballonnement du ventre, rigidité de la paroi abdominale. A la palpation, violente douleur dans tout l'abdomen, plus vive à *droite* et en bas qu'à gauche. Vomissements fréquents, arrêt des matières et des gaz. Pouls 100, mauvais, cyanose de la face.

Le diagnostic de péritonite purulente généralisée est porté, et la présence de douleurs persistantes dans la fosse iliaque droite, jointe à l'absence d'affection d'autres organes fait admettre l'origine appendiculaire de la péritonite.

L'intervention est immédiatement pratiquée. Une longue incision dans la fosse iliaque droite permet d'évacuer du liquide louche, mais la recherche du cœcum reste absolument infructueuse ; en revanche, on arrive facilement sur l'S iliaque qui décrit, vers la droite, une courbe beaucoup plus accentuée que normalement. Dans un but de drainage, on fait à gauche une contre-incision symétrique à la première : après évacuation du pus, on tombe alors sur le cœcum qu'il suffit de retourner un peu pour apercevoir la terminaison du grêle. L'appendice est un peu en arrière, sphacélé à son extrémité, et adhérent à un paquet d'anses grêles au milieu desquelles se trouve un abcès. Résection de l'appendice. Drainage.

La mort survient trois jours plus tard.

A l'autopsie, on note les dispositions suivantes : L'intestin grêle se termine dans le cœcum au niveau de la fosse iliaque gauche. Le cœcum et le colon ascendant remontent verticalement de la fosse iliaque vers la région splénique, et là, ils s'infléchissent pour former le colon descendant et l'S iliaque qui descendent à droite d'eux. Le colon transverse est complètement absent. Le mésentère de tout le

gros intestin est très long et naît d'une racine commune avec le mésentère de l'intestin grêle. En tordant le gros intestin de 180° autour de la racine du mésentère, on remettrait sans peine les choses dans l'état où elles eussent dû être normalement.

Un fait intéressant de cette observation est la prédominance bien marquée des douleurs à droite, bien que cœcum et appendice fussent adhérents à gauche. Elle s'explique par l'irritation du mésentère cœcal dont la racine s'insérât à droite du rachis ; que cette douleur fût causée par de la lymphangite (Lennander), ou par la tension du mésentère (Wilms).

Sokolova cite en outre le cas de Damianos (1902). Péritonite généralisée chez un homme de 18 ans ; opération, mort. Le cœcum avait un mésentère commun avec l'intestin grêle, et adhérait à la paroi abdominale à gauche par des adhérences inflammatoires ; l'appendice se dirigeait vers la ligne médiane.

OBSERVATION V

SAUERBECK. (Arch, für Klinische Chirurg. 1909).

Résumée dans la communication de M. WALTHER au Congrès de Chirurgie 1912.

Péritonite généralisée chez un adulte. Le cœcum se trouvait entre la rate et l'estomac, l'appendice à côté du lobe gauche du foie ; la partie terminale de l'intestin grêle était fixée au rachis.

L'intestin grêle est à droite de la ligne médiane, le gros intestin à gauche. Le cœcum et l'appendice sont dans la ré-

gion sous-phrénique gauche ; le côlon ascendant descend vers la région sus-pubienne, puis remonte en haut et en arrière dans la région lombaire gauche, pour se continuer avec le côlon ascendant. Les coudes formés par le côlon étaient fixés par des adhérences ; mais en libérant ces adhérences, il devenait très facile de reposer l'intestin en la place qu'il eût dû occuper normalement.

OBSERVATION VI

(BAUMGARTNER. Communication au Congrès de Chirurgie . 1912).

D. L., âgée de 22 ans ; entre à l'hôpital pour des douleurs abdominales et des troubles digestifs. Ces troubles datent de l'enfance : on note dans ses antécédents de l'entérite vers l'âge de 3 ans ; une fièvre typhoïde à douze ans ; des digestions pénibles, avec périodes de constipation alternant avec des crises diarrhéiques depuis cette dernière maladie.

Les douleurs abdominales se précisent depuis 2 ans ; elles sont d'intensité variable suivant les moments, mais siègent surtout dans l'hypochondre gauche, la région épigastrique et le flanc droit ; elles affectent la forme de barre épigastrique, avec irradiations dans les deux fosses iliaques. Depuis deux ans, la malade a eu, à 3 reprises différentes, des crises très violentes : douleurs irradiées à tout l'abdomen, vomissements, diarrhée, élévation thermique : crises durant 2 à 3 jours, après lesquelles la malade pouvait peu à peu reprendre ses occupations. Depuis le mois de janvier 1912 les crises sont plus fréquentes, et laissent dans l'intervalle la malade plus fatiguée, amaigrie, avec un

teint terreux, une bouche mauvaise, de l'anorexie, etc.

A son entrée à l'hôpital, la malade n'a pas de crise ; elle accuse spontanément des points douloureux dans le ventre, particulièrement dans la région de l'angle splénique et à droite de l'ombilic. A la palpation du ventre qui est souple, on exagère la douleur, surtout au niveau de l'angle splénique ; la fosse iliaque droite est peu sensible ; le côlon descendant est assez douloureux à la pression et semble épaissi.

Rien d'autre à signaler, organes génitaux en parfait état, foie et estomac normaux ; urines normales. A l'auscultation des poumons, le sommet gauche présente quelques râles. Depuis l'entrée à l'hôpital, les selles contiennent quelques glaires et fausses membranes. On fait le diagnostic d'appendicite avec cœlite et épiploïte.

Opération le 22 août 1912. Anesthésie au chloroforme, après injection sous-cutanée de scopolamine-morphine. Asepsie de la peau à la teinture d'iode. Incision de Walther, de 3 centimètres dans la fosse iliaque droite. A l'ouverture du péritoine, des anses grêles se présentent ; on cherche le cæcum dans la fosse iléo-lombaire, et on ne le trouve pas. Agrandissement de l'incision en bas et en haut ; la malade étant en position déclive, on cherche dans la cavité pelvienne d'où on ne ramène que le côlon pelvien ; on remet la malade en position horizontale et on cherche devant le rein droit et sous le foie, enfin près de l'ombilic ; partout on ne trouve que des anses grêles ; il n'y a aucune trace de gros intestin dans la moitié droite de l'abdomen. On se décide alors à tirer sur la première anse grêle ; on dévide ainsi une cinquantaine de centimètres de grêle, et on finit par attirer péniblement dans le champ de la plaie, dont le bord interne a été fortement récliné vers l'ombilic, le cæcum et l'appendice. Ils viennent de la *région gauche* de l'abdomen, au

dessus de l'ombilic, probablement de la région splénique. Ils se présentent dans la plaie de la façon suivante : l'intestin grêle s'abouche *dans la paroi droite du cæcum* ; le fond du cæcum et l'appendice remontent, ce dernier passe devant la terminaison de l'iléon, et son méso l'attire en haut et à gauche ; il présente des traces nettes d'inflammation récente. Section et ligature du méso ; section de l'appendice à sa base, cautérisation du moignon, et enfouissement en bourse dans la paroi cæcale. Fermeture de la paroi en 3 plans sans drainage. L'appendice contenait de la bouillie fécale et sa muqueuse présentait des lésions de folliculite disséminée.

Guérison sans incident. La malade quitte l'hôpital le 12^e jour après l'opération.

La malade est revenue un mois après, en excellente santé, tous les troubles digestifs ont disparu, le teint est meilleur et elle a engraisé. L'examen radioscopique a été fait après injection de bismuth la veille, dans le service de M. le Dr Enriquez à la Pitié, par son chef de laboratoire M. Gaston Durand, auquel nous devons l'excellent orthodiagramme que nous reproduisons. On y voit nettement que le gros intestin est tout entier à gauche de la ligne médiane ; il semble donc bien s'agir d'une absence de torsion de l'anse intestinale primitive.

OBSERVATION VII

Johnson. Société de chirurgie de New-York, 26 février 1908
In *Annals of Surgery*. Juillet 1908

Johnson présente un jeune garçon de 12 ans, chez lequel il intervint suivant la technique habituelle pour une appen-

dicite. Mais il ne put trouver ni le cæcum, ni le côlon ascendant, ni même le transverse. Une incision faite à gauche, lui permit alors de constater que, par absence de rotation de l'intestin, le cæcum était resté à gauche, à hauteur de la 4^e lombaire, qu'il était pénétré par le grêle sur son bord droit, que le côlon montait directement jusqu'au niveau du cardia et de là redescendait, en anses très courtes, pour se continuer avec une très brève S iliaque. L'appendice en situation pelvienne était perforé.

Brewer dit avoir vu un cas analogue.

Blake en a observé 2 semblables.

Il pense que le degré exact de cette malformation est donné par l'examen de la disposition du duodénum.

OBSERVATION VIII

KAREWSKY (1)

Une jeune fille de 13 ans, en pleine santé, est prise, sur le chemin de l'école, de violentes douleurs à gauche, avec vomissements. Température du soir : 39,3. Pouls 118. Fréquentes nausées.

Examen. — Rien du côté droit, pas de défense musculaire. L'hypochondre gauche, tendu, est très douloureux à la pression. A travers le muscle droit gauche, on perçoit une résistance nette, très douloureuse, qui manque à droite ; 15 jours avant, cette jeune fille avait eu ses premières règles, mais sans aucune douleur.

(1) Nous devons à l'obligeance de notre ami Rihouey, la traduction de l'article de Karewsky. Nous tenons à l'assurer ici de notre reconnaissance.

Diagnostic. — Perforation de la pointe de l'appendice qui est très long et atteint le côté gauche. L'état de l'enfant empirant nécessite l'intervention dans la nuit.

Laparotomie sur la ligne médiane. On trouve le cæcum près du bord gauche de l'utérus ; l'appendice épais, de couleur rouge sombre, fibrineux, s'étendait dans la moitié gauche du petit bassin. Pas d'exsudat liquide ; après ablation, solide fermeture de la cavité abdominale. L'appendice était plein de pus et de sang ; muqueuse totalement nécrosée.

OBSERVATION IX

(KAREWSKY)

P. B. Garçon de 8 ans, tomba malade le 2 décembre 1909, au soir, avec une fièvre légère, des douleurs abdominales et des vomissements. Pas de passé gastro-intestinal. Depuis ce matin de bonne heure, douleur violente uniquement à gauche. T° 38, 1. P. 110.

Examen. — Le ventre est partout mou et dépressible. Un peu de météorisme. La région iléo-cæcale est complètement indolore. Dans l'hypochondre gauche, légère défense musculaire et sensibilité prononcée à la pression. Facies mauvais, langue saburrale. Ni vomissements, ni nausées. Diagnostic : Appendicite à gauche, vraisemblablement à la pointe de l'organe déplacé à gauche.

Opération décidée, puis remise. Chute de température : 37,6 ; par contre le soir 38,3. Douleurs plus violentes. A 8 heures 1/2 du soir, même état que le matin, avec un point douloureux à la pression, très fortement accusé à gauche ; le côté droit sans manifestation aucune comme avant.

Opération. — Incision oblique très près de la ligne médiane, le muscle droit est fortement récliné à gauche. Après ouverture de la cavité abdominale s'écoule un peu de liquide séreux ; le cæcum, très mobile, est directement placé en avant, et lorsqu'on le soulève, il sort du fond à gauche un liquide trouble. La partie distale de l'appendice a une apparence normale ; l'organe est par contre très long ; il s'étend en travers en bas et à gauche, et apparaît d'autant plus rouge et tuméfié qu'il est mieux dégagé. Il est sorti peu à peu avec une pince recourbée, après qu'on eût placé dessous un étroit levier qui repousse à gauche les anses intestinales légèrement recouvertes de fibrine ; pas d'écoulement abondant de sérosité. Soins ordinaires, introduction d'une mèche de gaze iodoformée dans la partie gauche du Douglas.

Examen de l'appendice. — Pus à l'intérieur. Inflammation hémorragique de la partie distale.

Guérison ; l'enfant sort le 17^e jour.

OBSERVATION X

KAREWSKY

G. S..., jeune fille qui, depuis cinq semaines, souffre de manifestations typhiques, quand se produit un écoulement purulent abondant du vagin, avec apparition de fièvre hectique. L'enfant s'était peu plaint de douleurs et seulement dans la moitié gauche de l'abdomen ; pas de vomissements. Dans un état désespéré, extrêmement amaigrie, avec une température fortement intermittente, on l'amena à Berlin.

Examen le 23 juillet 1901. Une sécrétion putride mélangée de bulles d'air s'écoule du vagin. Au spéculum on découvre, dans le tissu gauche du vagin, une fistule. A gauche, au-dessus du ligament de Poupart, on remarque une infiltration de laquelle, en pressant le vagin, s'écoule une sécrétion. De plus, les selles sont mélangées de pus. Pas de douleur localisée.

Diagnostic. — Suppuration à gauche communiquant avec l'intestin ; origine inconnue.

Opération. — Incision en haut du ligament de Poupart gauche ; après la libre évacuation du pus, on découvre une perforation du gros intestin, vraisemblablement au passage du côlon descendant dans l'anse sigmoïde. Par ce trou se vida, dans la suite, la presque totalité des matières.

La sécrétion du vagin se tarit, mais l'état fiévreux persista et des troubles urinaires apparurent avec de fréquentes attaques de péritonite. La pression sur la région vésicale fait couler du pus à droite, à côté de la fistule intestinale. On croit alors à une suppuration péri-cystique, ne communiquant pas suffisamment avec la plaie, et, dans une deuxième opération faite 10 jours plus tard, on trouva, entre les deux muscles droits, la voie de la suppuration. On tomba alors, tout à fait en haut de la fistule purulente, sur un corps cylindrique, reposant sur le fond de la vessie, dont le contenu était dur et qui, par son développement, se présentait comme le processus vermiciforme. En le détachant complètement, on ouvre la cavité abdominale droite intacte. Soins méthodiques de l'appendice coupé. Tamponnement de toute la plaie. Collapsus sérieux après l'opération. Violents vomissements qui durèrent 8 jours, pendant lesquels la vie ne fut conservée que grâce à des injections. Le 8^{me} jour, on procède à l'opération d'une fistule intestinale, à l'inté-

rieur des anses fraîchement collées au-dessus du gros intestin. Ensuite toutes les manifestations cessent. Guérison progressive qui permet, 4 mois plus tard, la fermeture de l'anus artificiel. La fistule était guérie en septembre. Guérison complète et durable.

OBSERVATION XI

KAREWSKY

Un enfant de 5 ans, originaire de Russie, sans aucun autre phénomène maladif, surtout sans douleurs abdominales, sans fièvre et sans autres symptômes prouvant une contracture de l'intestin, s'était mis à trainer la jambe gauche ; peu à peu, de la contracture se produisit dans l'articulation de la hanche gauche. L'état général avait peu souffert.

Examen, le 5 déc. 1900. Flexion de l'articulation coxo-fémorale gauche — cette flexion diminua plus tard après de violentes douleurs. La rotation, l'abduction et l'adduction sont intactes ; aucun signe de spondylite. Abscès gros comme le poing à gauche dans le bassin ; on peut l'atteindre par le rectum avec l'extrémité du doigt ; pas de sensibilité par pression de l'articulation sacro-iliaque. Au cou, des cicatrices d'abcès. T. et P. normaux. Diagnostic : abcès du bassin, probablement consécutif à une affection tuberculeuse du rachis. On décide de faire des ponctions et des injections d'iodoforme, mais du trocart s'écoule du pus fétide. Incision au-dessus du ligament de Poupart gauche. Le bistouri pénètre à travers des téguments durcis qui entourent une cavité remplie de pus et qui ne contiennent au-

cune masse caséeuse et aucune membrane d'abcès. Dans le fond de la plaie tenue par des pinces, on découvre une ouverture circonscrite par la muqueuse. Pour suturer cette perforation, on détache avec précaution la fistule intestinale, après avoir échancré le bord du muscle droit gauche. On parvient à reconnaître que l'ouverture de la muqueuse appartient à l'appendice. Celui-ci est dégagé sur une certaine distance, mais pas jusqu'au cœcum, pour ne pas infecter la partie saine de l'abdomen. Ligature et fermeture de l'enveloppe fibreuse. Tamponnement. Guérison complète et sans accidents. Sort du patient inconnu.

OBSERVATION XII

* KAREWSKY

B. H. femme de 38 ans, qui jusqu'alors avait été en bonne santé, et surtout n'avait jamais ressenti de douleurs dans le bas-ventre ; tombe malade le 10 avril 1905 en quittant le théâtre — douleurs subites et violentes dans l'abdomen gauche — en même temps, les règles ordinairement régulières furent avancées de 15 jours. A partir de ce jour, constipation opiniâtre, vomissements fréquents, bilieux. Pas de fièvre. Température maxima 37°6. Purgatifs et lavements restent sans effet ; le météorisme augmente de jour en jour ; pas de pertes.

Examen le 18 avril. Ventre ballonné, sans spasme intestinal. Par le vagin, on sent dans le cul-de-sac gauche, une tumeur fluctuante qui s'étend un peu vers le haut. On peut la reconnaître par l'exploration combinée, immédiatement au-dessus du ligament de Poupart. Rien à droite, autant

que le météorisme permet d'en juger. Diagnostic probable : torsion pédiculaire d'une petite tumeur des ovaires, iléus paralytique. L'état de la malade interdit une grande intervention, aussi doit-on par des ponctions du vagin essayer d'empêcher la paralysie de l'intestin. Le trocart retire du cul de sac gauche un pus abondant et fétide. Incision vaginale de l'abcès. Drainage.

Le lendemain, selle par l'huile de ricin. Grâce aux bons soins, rapide convalescence. L'abondante sécrétion de l'abcès ne contient pas de gonocoques, mais beaucoup de colibacilles. L'abdomen n'est plus sensible sous la pression. La sécrétion vaginale disparaît vite, si bien que le 26, on peut enlever le drain. Sous l'influence des injections vaginales, le pus disparaît complètement le 9 mai ; la plaie de l'incision se ferme, mais chaque selle provoque maintenant des douleurs lancinantes et des tiraillements dans la région gauche de l'abdomen — il subsiste une infiltration douloureuse péri-utérine à gauche.

En considération du début subit de la douleur, qui parlait beaucoup en faveur d'une appendicite, de la constatation bactériologique du pus, du manque de toute indication faisant conclure à un pyosalpinx, on diagnostiqua une périappendicite.

Pour terminer, l'opération fut décidée et pour obvier à toute éventualité, on fit la laparotomie à gauche de la ligne médiane, dans une direction longitudinalé. On trouva un énorme abcès de l'appendice adhérent à la trompe gauche et à l'intestin grêle. Ovaire gauche petit, la trompe est enflammée, mais non tuméfiée ; rien aux annexes droits. Le cœcum repose sur le fond de l'utérus.

Suites normales. Guérison.

OBSERVATION XIII

(KAREWSKY)

R. H., 6 ans, dont le frère, quelques mois avant, souffrait, depuis plusieurs semaines, de coliques dans la région gauche de l'abdomen, douleurs qui apparaissaient surtout au moment des selles. Parfois, on constata quelques élévations de température. Dans les cinq derniers jours, légère fièvre intermittente (36°8 le matin, 38° le soir). Pas de vomissements, amaigrissement, bien que l'état général soit satisfaisant. Parfois, troubles urinaires, fréquemment des selles visqueuses.

Examen. — Le 14 avril 1902. Rien dans la région iléo-cœcale. Situs normal des viscères ; tous les organes sont sains. Selles sans traces de sang. Pas de signes de tuberculose.

Par le toucher rectal, on sent à gauche une tumeur très dure, très sensible, de la grosseur d'une prune, non adhérente à la paroi du bassin, située près de la vessie, ce qui fut constaté à plusieurs reprises par la palpation. Diagnostic : Abscessus intrapéritonéal et appendiculaire gauche par perforation de la pointe, ou bien gros abcès limité à la pointe.

Opération. — Incision profonde droite, le long du muscle droit ; on tombe aussitôt sur le cœcum libre, mobile et sain, dont on trouve l'appendice après quelques recherches, en arrière et en bas. Il est impossible de le mobiliser, parce qu'il est fixé manifestement dans le petit bassin. Mais après avoir repoussé vigoureusement la paroi abdominale vers la gauche, en refoulant l'intestin grêle vers le haut, on re-

connaît que la partie initiale (de 8 cent. de long, comme on l'a mesuré plus tard), se termine profondément à gauche dans un corps en forme de tumeur, aux alentours duquel les anses intestinales sont accolées.

Lorsqu'elles sont détachées, apparaît un pus dense et verdâtre que l'on étanche, puis un calcul de la grosseur d'un haricot, très dur et mamelonné. Avec un tampon monté, on dégage alors la pointe de l'appendice : on aperçoit une grande perforation et une dilatation ampullaire de 5 cm. de long, devant laquelle un étranglement a complètement déplacé la lumière de l'appendice.

Guérison.

OBSERVATION XIV

KAREWSKY

Une femme de Silésie avait été atteinte, il y un an et demi, d'un abcès accompagné de violentes douleurs qui ne se faisaient sentir que dans la partie gauche de l'abdomen. Cet abcès fut vidé par une incision faite au dessus du ligament de Poupart.

Il ne restait qu'une fistule opiniâtre qui se refermait parfois et s'ouvrait de nouveau, à la suite de coliques, pour laisser échapper un pus spumeux.

Examen le 17 juin 1897 ; femme en bonne santé par ailleurs. Elle porte au milieu et au dessus du ligament de Poupart, sur une cicatrice eczémateuse de 6 cm. de long, une fistule d'où s'échappe un pus délié et d'odeur fétide. L'annexe gauche transformée en une tumeur de la grosseur d'une pomme, rugueuse, est adhérente à la paroi de l'uté-

rus. Rien à droite. Utérus dévié à gauche. Diagnostic : abcès paramétrique ouvert en dehors, avec perforation de l'intestin.

Opération le 19 juin. Incision au milieu de la cicatrice, après suture de la fistule. Ouverture de la cavité abdominale. Quelques anses intestinales accolées aux annexes se laissent facilement détacher ; les défauts de séreuse sont suturés. On place le bassin dans une position élevée, et on tamponne l'espace péritonéal supérieur sain.

En attirant l'utérus, on reconnaît que le cæcum est collé avec le fond de l'utérus et que l'appendice, de la grosseur du doigt, est entré en liaison avec la trompe gauche et l'ovaire. L'ensemble est détaché. La pointe de l'appendice se déchire ; un calcul stercoral apparaît, et du pus s'échappe. L'appendice est enlevé ; puis on éloigne la trompe ; quant à l'ovaire qui paraît, après l'avoir délivré des organes avec lesquels il est collé, petit, dur et sain, il est laissé en place. Tamponnement à la Mickulick de la moitié gauche du bassin. Guérison.

OBSERATION XV

KAREWSKY

Actinomycose de la moitié gauche du bassin avec perforation de la peau en plusieurs endroits. L'appendice, qui contenait un calcul colossal, était situé à gauche sous l'ombilic et était vraisemblablement cause de la maladie. Il n'y avait du moins pas d'autre perforation de l'intestin, et l'on parvint, après avoir éloigné l'appendice, l'avoir fendu suffisamment et gratté les endroits recouverts d'actinomycose

à guérir d'une façon durable ce garçon de 8 ans. Cependant, dans ce cas, on trouva des modifications et des déplacements de l'intestin, comme il y en a ordinairement dans l'actinomyose, de sorte que l'on ne peut formuler un jugement certain sur le situs viscerum primitif.

OBSERVATION XVI

KAREWSKY

Mlle O, 62 ans, institutrice, souffre depuis longtemps d'une petite hernie ombilicale, et d'une constipation chronique. Pas de maladie aiguë des organes abdominaux dans les antécédents. Depuis 2 ans, coliques fréquentes augmentant d'intensité, qui, par frictions de l'abdomen, occasionnent des selles plusieurs fois par jour. Leur intensité fait naître la nécessité d'une opération. Déperdition des forces.

Une observation de plusieurs semaines, d'avril à mai 1895, fait constater l'absence de signes de tumeur abdominale. La hernie à peu près grosse comme une noix, reste toujours réductible. Les douleurs, s'accompagnant de la contracture d'un gros et épais paquet intestinal, commencent à gauche au-dessous de l'ombilic et chaque fois que l'on insuffle de l'air dans l'intestin par le rectum, cet air trouve un obstacle tout à fait au-dessous de la ligne ombilicale ; pas de fièvre, aucun indice de tuberculose. La syphilis elle-même est exclue avec sûreté. L'observation des organes génitaux montre l'hymen intact et tendu. Le toucher rectal montre l'utérus et ses annexes très petits. Les selles ne présentent pas de traces de sang. Rien du côté des organes urinaires. Diagnostic : Péritonite chronique adhérente

dont les bords inférieurs de l'anneau herniaire sont probablement le point de départ.

Opération, 25 décembre 1895. Incision paramédiane sur une longueur de 5 centimètres, du bord inférieur de l'anneau vers le bas. Le doigt introduit dans la cavité abdominale trouve l'anneau complètement libre, tout autour, mais on sent vers le bas de la paroi abdominale des anses intestinales adhérentes. On prolonge l'incision jusqu'à la symphise. L'anse intestinale primitivement touchée appartient à l'intestin grêle, elle est laissée en place ; après mise en position de Trendelenburg, on voit, dans le mésentère très court, un corps cylindrique qui est en connexion directe avec le cæcum, situé lui-même tout à fait à gauche. Ce corps est tout simplement l'appendice, soudé à l'anse sigmoïde. Ablation de l'appendice, suture du péritoine, cure de la hernie ombilicale, suture en 4 plans. L'appendice contenait un calcul stercoral, de la grosseur d'un noyau de cerise, situé vers la pointe.

OBSERVATION XVII

KAREWSKY

M. R..., 36 ans, de Russie, souffre depuis des années de douleurs abdominales à gauche, qui apparaissent par crises et qui sont combattues avec succès par des purgatifs, par la diète et par la position couchée. Il souffre aussi de constipation. Dans une crise survenue il y a 4 mois, apparition de la fièvre. Très souvent, vomissements, qui dans les derniers mois apparaissent presque chaque jour. Ils sont

constamment accompagnés de douleurs dans la région gauche abdominale.

Examen. — Homme vigoureux, bien portant par ailleurs ; malgré un examen minutieux, on ne découvre rien d'anormal. Fonctions de l'estomac et des reins parfaitement régulières. Il n'y a pas de sang dans le contenu stomacal ni dans les selles. Stigmates neurasthéniques. Séro-diagnostic et inoculation tuberculeuse négatifs. Exploration rectale également négative. Sensation persistante de pesanteur, transversalement au-dessous de l'ombilic, dans la direction de l'épine iliaque antéro-supérieure. Dans cette région, l'abdomen apparaît toujours quelque peu ballonné : un gonflement de l'intestin, fait par le rectum, indique une dilatation longitudinale de la région gauche de l'abdomen, mais limitée à la région ombilicale. Diagnostic probable : appendicite chronique gauche qui, par la formation de brides, occasionne un étranglement de l'intestin. Un interne, appelé plusieurs fois en consultation, penche davantage en faveur d'une neurasthénie, mais se déclare d'accord pour accepter la laparotomie à titre de preuve.

Opération le 30 septembre 1909. Incision médiane sous l'ombilic descendant presque à la symphise. Après l'ouverture du péritoine, on voit un repli péritonéal d'une forme semi-lunaire, aux bords bien nets, s'étendant d'un côté à l'autre ; de sorte que derrière la vessie se trouve une poche dans laquelle reposent de nombreuses anses intestinales. Le méso de l'anse sigmoïde est très court, dur, granuleux, épaissi, et l'anse sigmoïde est fortement amenée en haut. Le cæcum est déplacé à gauche, repose tout près sur l'anse sigmoïde et se termine par un organe de la grosseur du doigt (l'appendice), cylindrique, recouvert de masses granuleuses et complètement soudé au méso de l'anse sig-

moïde. Extirpation de l'appendice hors de son milieu fibreux ; il reste alors une surface large, fortement sanguinolente, qui, même après une suture solide, laisse encore apparaître du sang. Le repli péritonéal, qui paraît tout à fait propre à donner naissance à un étranglement, est fixé par une suture profonde à l'anse sigmoïde.

Chute de la température, pouls excellent, disparition des douleurs. Etat général satisfaisant, mais vomissements muqueux quotidiens. Réunion de la plaie par première intention. Les vomissements persistent toujours ; le 10^{me} jour, ils deviennent très violents et occasionnent une désunion partielle de la plaie. Les vomissements cessent le 12^e jour.

Guérison parfaite.

OBSERVATION XVIII

(VAUZELLE. Tirée de l'article de MM. TERMET et VANVERTS.)

Appendicite iliaque gauche par mésocolon ascendant persistant

Garçon de huit ans présentant, depuis deux jours, des phénomènes de péritonite : vomissements, constipation, crises douloureuses abdominales uniquement à gauche.

A son entrée à l'hôpital des Enfants-Malades, on constate des signes d'une péritonite généralisée, avec maximum de douleurs dans la fosse iliaque gauche.

Le chirurgien de garde, M. Guinard, pratique une laparotomie latérale gauche : la péritonite est généralisée ; dans la fosse iliaque gauche, on trouve des débris de poche rompue. On y trouve également le cæcum, et l'appendice qui est réséqué. Drainage.

L'enfant meurt le lendemain. A l'autopsie on constate que du cæcum, situé à gauche, part le côlon ascendant, qui se dirige obliquement de la fosse iliaque gauche vers l'hypochondre droit, où il se continue avec le côlon transverse qui est normalement dirigé de droite à gauche. Le côlon descendant, l'S iliaque, sont situés à leur place normale. Le mésocôlon ascendant présente une largeur considérable, surtout à sa partie inférieure, puisque la ligne d'attache, fixée à la paroi abdominale postérieure, occupe sa situation habituelle.

OBSERVATION XIX

(RYERSON-FOWLER. Med. News, 25 novembre 1893.)

Appendicite iliaque gauche

Garçon, 16 ans. Début par douleurs abdominales, nausées et vomissements. Le docteur Fowler le vit le deuxième jour. L'abdomen était distendu, avec un empatement un peu plus prononcé à gauche. On constatait une zone de sensibilité de trois pouces environ, au-dessous du grand droit gauche, commençant à l'ombilic et s'étendant en bas. Matité dans le flanc et la fosse iliaque gauche. La sensibilité était surtout aiguë dans la région lombaire gauche, s'étendant jusqu'au bord inférieur des côtes en arrière.

Le diagnostic d'appendicite gauche fut fait, et le même jour, on fit la laparotomie médiane. Une grande quantité de sérosité purulente s'écoula du péritoine. On trouva une large cavité suppurée, à gauche de la ligne médiane, répondant au siège de la matité constatée. La tête du colôn et le cœcum étaient déviés de leur position normale, recourbés à

gauche et en haut, vers l'ombilic, et perdus au milieu de fausses membranes adhérentes. Le malade succombe le troisième jour.

L'autopsie montra l'appendice gangréné et perforé ; le cœcum était situé à gauche de la ligne médiane, de niveau avec l'ombilic. Outre l'abcès péritonéal, il existait une deuxième cavité purulente communiquant avec la première, et s'étendant en haut et en arrière dans le tissu cellulaire rétro-péritonéal.

OBSERVATION XX

(RYERSON, FOWLER, *Medical News*, 25 décembre 1893)

Appendicite iliaque gauche.

Homme de 19 ans, entré à l'hôpital avec les signes d'une péritonite septique, sept jours après le début de l'affection. Deux jours avant l'entrée à l'hôpital, le médecin avait constaté, au-dessous du grand droit gauche, une tumeur qu'il avait rapportée à un engorgement fécal.

Au début, les douleurs abdominales avaient été généralisées.

A l'incision de l'abdomen, il s'écoula une grande quantité de sérosité purulente, libre dans la grande cavité péritonéale. Le cœcum fut trouvé immédiatement derrière l'ombilic, regardant à gauche, l'appendice situé sous le grand droit gauche, juste au-dessous de l'ombilic.

On n'enleva pas l'appendice à cause de l'état général du malade. Mort quelques heures après l'opération.

Autopsie. — Appendice gangréné et perforé, dans la situation ci-dessus décrite.

OBSERVATION XXI

Ryerson Fowler. Méd. News, 25 novembre 1893.

Appendicite iliaque gauche.

Femme de 25 ans, qui fut prise brusquement de coliques violentes, avec nausées et vomissements. Le ventre était douloureux partout, avec une douleur un peu plus marquée au niveau du bord externe du grand droit gauche. On crut à une simple colique intestinale.

Quarante-huit heures après, en se levant pour uriner, la malade ressent une douleur vive, à gauche de l'ombilic, suivie bientôt de douleurs généralisées avec collapsus intense et mort au bout de sept heures.

L'autopsie montra une appendicite perforante. Le cæcum était maintenu par un court mésocôlon presque directement au-dessous du promontoire sacré, l'appendice, recourbé en haut et en dehors au-dessous du grand droit gauche, était épaissi, infiltré et perforé à la partie moyenne. Péritonite généralisée.

OBSERVATION XXII

Docteur FOURNIER (Gazette médicale de Picardie,
Janvier 1900)

Appendicite pevlienne gauche

Une femme de 19 ans, chétive et anémiée, fait une fausse couche le 19 décembre dernier et depuis lors elle se plaint du ventre.

Elle entre dans le service de M. Fournier le 24 janvier, et accuse, dans la fosse iliaque gauche, des douleurs qui la gênent au point de lui interdire la marche et toute profession.

Le palper bi-manuel révèle que, du côté droit, les annexes sont normales, tandis qu'à gauche de l'utérus il y a une tumeur douloureuse, de consistance assez dure, du volume d'une petite orange, accolée et soudée au bord gauche de l'utérus, au point de faire corps avec cet organe et de se déplacer avec lui. Malgré que l'utérus soit en légère rétroversion, rectiligne et adhérent par sa face postérieure, on peut le mobiliser quelque peu et percevoir le déplacement de la tumeur qui semble en connexion intime avec cet organe.

Comme d'autre part, la douleur provoquée n'est pas excessive, on pense à une grossesse extra-utérine ou à une salpingo-ovarite gauche; adhérente à l'utérus.

La laparotomie est pratiquée; elle fait constater l'intégrité de la trompe et de l'ovaire droits. Sur le côté gauche de l'utérus, on décolle une masse inflammatoire dans laquelle se trouve l'intestin : cæcum et abouchement du colon. Ces organes sont séparés en bloc, d'une poche située entre le ligament rond et les annexes gauches. L'ovaire et la trompe gauches, quoique tout à fait voisins de la masse inflammatoire, sont absolument sains. « Alors, dit M. Fournier, je m'occupe du cæcum, dont j'enlève tous les exsudats et, à son extrémité, est une masse dure renfermant quelques gouttes de pus, et qui n'est autre que l'appendice enflammé et détruit complètement par les tissus néoplasiques. »

OBSERVATION XXIII

Appendicite pelvienne gauche sans inversion des viscères.

(LANCE, « Bulletins et Mémoires de la Société anatomique » 1902)

B. Eugène, 27 ans, manœuvre, entre le jeudi 9 octobre, salle Cloquet, lit n° 35, à 8 h. du soir. Il raconte qu'il a été pris la veille, à 6 heures du matin, en se levant, d'une brusque douleur dans le ventre. Cette douleur a débuté à gauche de l'abdomen, en dessous d'un point de Marc Burney qui serait à gauche. De là, la douleur a gagné « comme une barre », dit-il, toute la partie inférieure du ventre ; malgré cela, il est allé à son travail. Il a fait une selle dans la matinée. La douleur augmentant, il est rentré chez lui à midi et s'est couché. Il n'a pas eu de vomissements, pas de selle, ni d'émission de gaz par l'anus. Il urine normalement. Le lendemain après-midi, le médecin du bureau de bienfaisance ordonne son transfert à l'hôpital.

A l'examen, nous trouvons un homme vigoureux, très absorbé, le facies animé, répondant difficilement aux questions posées.

Température : 37°2. Le poulx est ample bien frappé, on compte 87 pulsations.

Le ventre est contracturé dans toute sa moitié sous-ombilicale, surtout à gauche. La moitié sous-ombilicale est plate et souple. En aucun point on ne trouve de matité. Toute la partie sous-ombilicale de l'abdomen est douloureuse avec hyperesthésie de la peau. Le maximum de la douleur est nettement à gauche, en un point qui corres-

pond au tiers interne de l'arcade crurale, environ trois travers de doigt au-dessus d'elle.

Au toucher rectal, on ne trouve rien de particulier. Le rectum est vide de matières.

On trouve dans ses antécédents à noter seulement qu'il a eu déjà deux ou trois fois des douleurs vives du ventre, mais elles se sont calmées rapidement, et jamais il ne s'est alité. En présence de ces phénomènes, nous admettons la possibilité d'une crise appendiculaire. Aucun phénomène n'indiquant l'urgence absolue de l'intervention, nous prescrivons de la glace sur le ventre, la diète absolue.

A dix heures du soir, l'état du malade est identique.

Le lendemain matin, 10 octobre, la scène a changé complètement. Le facies est tiré, le nez pincé, les yeux excavés. Il présente une obnubilation complète et répond à peine aux questions. Le pòuls bien frappé est à 100. Température : 37°9.

Depuis 4 heures du matin, le malade a vomi plusieurs fois ; ce sont des vomissements bilieux, dans lesquels on trouve l'aspect poudre de tabac qui révèle une légère hémorragie gastrique. Le ventre n'est pas contracturé, il présente un ballonnement considérable, à maximum sous-ombilical ; l'épigastre est soulevé en une voussure considérable, et la matité hépatique a complètement disparu. Le ventre est douloureux dans toute son étendue, mais avec un maximum net dans le flanc gauche.

M. Ricard pose le diagnostic d'occlusion intestinale, dont il est difficile de préciser l'origine, cependant d'après les commémoratifs il penche plutôt en faveur d'un volvulus.

M. Ricard pratique une laparotomie médiane.

Dès l'ouverture du pèritoine, il s'échappe une quantité notable de pus louche, mal lié. En même temps les anses

intestinales considérablement distendues, rouges, avec quelques fausses membranes blanches, font hernie par l'incision.

Immédiatement au-dessous de ces anses dilatées, on en sent d'autres aplaties. En déroulant au dehors les anses intestinales, on lève l'obstacle, car on entend un gargouillement, et les anses grêles, aplaties, se distendent.

Cet obstacle, qu'on ne cherche pas plus longtemps, devait être serré, car on trouve sur l'intestin un point nettement rétréci, au niveau duquel il y a du sphacèle au début, en forme de sillon.

On s'assure que la circulation intestinale est bien rétablie et que les gaz viennent distendre le cæcum qui était plat. On explore rapidement l'appendice, on ne le trouve pas.

Le soir, température : 38° ; pouls, 100.

Le malade a vomi seulement une fois avant son réveil. Il dit ne plus souffrir du ventre.

Dans la nuit, quelques gaz sont rendus par la sonde rectale.

Le 11 au matin, l'état est le même, le malade n'a pas vomi.

Dans l'après-midi, les vomissements recommencent, le malade se refroidit rapidement et meurt à minuit.

Autopsie le 13 octobre. — On trouve le cæcum en place. L'appendice est long de 14 centimètres, il adhère sur la face droite du rectum sur une longueur de 10 centimètres. Il paraît à peu près sain sur cette longueur, ou du moins ne présente que des lésions anciennes. Son extrémité libre, très dilatée, turgide, rouge, passe devant le rectum et vient se loger le long de son bord gauche.

A la coupe de l'appendice, on constate que l'extrémité dilatée présente une plaque de nécrose de la muqueuse.

OBSERVATION XXVI

LANCE, (Bulletins et Mémoires, Société anatomique 1902)

Appendicite pelvienne gauche ancienne.

S... Marie, 44 ans, entre le 16 octobre 1902 au pavillon Cruveilhier, dans le service de M. Ricard.

C'est une femme obèse, à parois relâchées, qui vient pour un prolapsus génital marqué. En la touchant, on trouve dans le cul-de-sac gauche une masse dure, non mobile sur l'utérus, douloureuse à la pression. Elle explique alors qu'elle a eu plusieurs fausses couches autrefois, des accidents péritonéaux graves, qu'elle a pendant longtemps suivi un traitement pour des salpingites. On pense à un reliquat de salpingite, et comme on lui attribue les douleurs très vives dont se plaint la malade, on décide de l'opérer.

Le 31 octobre on pratique une laparotomie. On trouve en arrière de l'utérus, l'appendice cœcal englobé dans des adhérences qui tiennent à l'utérus et à la trompe gauche. Il est volumineux et congestionné. On l'enlève. Les annexes des deux côtés sont saines.

On pratique ensuite une hystéropexie et une périnéorrhaphie postérieure par dédoublement.

L'examen de la pièce montre un appendice très gros avec d'énormes franges graisseuses, qui présentent des adhérences.

La coupe montre près de son origine deux dilatations séparées par un rétrécissement serré. Dans chacune des dilatations se trouve une boulette de matières fécales durcies.

Si l'on prend avec soin l'observation de la malade on voit que si le diagnostic exact était difficile, du moins bien des particularités auraient pu faire penser à l'appendice.

La malade a commencé à l'âge de 8 ans à souffrir du ventre. Elle avait des crises passagères, avec vomissements et constipation opiniâtre qui lui faisaient garder le lit.

Bien réglée, elle n'a jamais eu de pertes blanches.

Mariée à 20 ans elle eut l'année suivante une grossesse normale.

A l'âge de 26 ans, elle est prise d'accidents péritoniques graves, qui durent près de trois ans. Pendant des mois entiers, elle reste alitée, avec des poussées douloureuses accompagnées de vomissements abondants et une constipation opiniâtre.

A l'examen on lui trouve, dit-elle, des abcès dans le ventre, derrière la matrice.

Pendant cette période elle fait trois fausses couches, une de 6 semaines, les autres de 1 mois environ.

Depuis cette époque, pendant une période de 7 années, elle souffre beaucoup moins. Son ventre ne devient douloureux qu'au moment des règles. Celles-ci sont d'ailleurs régulières. Elle n'a aucune perte.

A 30 ans, nouvel accouchement normal, au cours duquel se produit une déchirure du périnée.

Depuis l'âge de 36 ans, les douleurs augmentent, mais leurs caractères diffèrent : ce sont surtout des douleurs dans les reins, surtout à la fin de la journée. Un médecin consulté lui fait porter une ceinture abdominale et lui pratique des pansements utérins avec des tampons.

Depuis trois mois les douleurs sont devenues si vives qu'elle est obligée de ne plus piquer à la machine. Ce sont ces troubles qui l'ont amenée consulter à l'hôpital.

OBSERVATION XXV

VANVERTS BULL. de la Soc. Anat. Paris 1896

(Résumée d'après TERMET et VANVERTS)

Homme de 53 ans, ayant eu déjà deux crises d'appendicite.

Huit jours avant son entrée à l'Hôpital Saint Antoine, il est pris de douleurs violentes dans la fosse iliaque gauche qui irradient ensuite dans tout l'abdomen. Au moment où nous le voyons (8 avril 1896), il est en pleine péritonite généralisée : météorisme abdominal généralisé, palpation du ventre douloureuse, avec maximum très net dans la fosse iliaque gauche, submatité dans les deux fosses iliaques et la région hypogastrique : visage grippé. Températures 39 degrés, pouls petit et rapide.

On porte le diagnostic de péritonite due probablement à une perforation intestinale.

M. Potherat, remplaçant M. Monod, veut bien nous confier l'opération qui est aussitôt pratiquée ; incision dans la fosse iliaque gauche, écoulement de sérosité purulente très fétide, la péritonite est généralisée sans trace d'enkystement en aucun point. L'état du malade étant très précaire, on ne prolonge pas les manœuvres.

Le malade meurt 24 heures après l'intervention.

A l'autopsie, on reconnaît l'existence d'une inflammation et d'une perforation de l'appendice qui né du cæcum normalement, se dirige en bas et en dedans, et disparaît bientôt dans une masse formée par des adhérences le réunissant au rectum et à une anse de l'intestin grêle.

OBSERVATION XXVI

PONCET (de Lyon) 1891

Appendicite herniaire gauche

Homme de 64 ans, porteur depuis 18 ans d'une hernie inguinale gauche n'ayant jamais occasionné de troubles sérieux.

Cette hernie était depuis longtemps incomplètement réductible. A la suite d'un accident de voiture, remontant à un mois, la hernie a augmenté de volume et elle est devenue plus difficile à réduire et à maintenir. Depuis 3 jours irréductibilité, constipation, vomissements bilieux. Malgré tout, l'état général est bon.

La hernie a le volume de deux poings, elle est sonore, molle, non douloureuse. Autour du pédicule, se trouve un corps dur, du volume d'une noix, non douloureuse, faisant corps avec la hernie.

A l'opération, on reconnaît le cæcum à la partie postéro-externe de la hernie qui contient de plus une courte portion du côlon ascendant de 15 à 20 centimètres d'intestin grêle. Le sac entoure tous les viscères herniés.

La petite tumeur provient de l'appendice vermiculaire, qui est réséqué. Suture des piliers. Le malade a présenté du délire : il est sorti de l'hôpital peu de jours après l'opération et a été perdu de vue.

La tumeur était constituée par un kyste stercoral et par la transformation lipomateuse diffuse du tissu conjonctif sous-muqueux de l'appendice.

OBSERVATION XXVII

(BARDLEY, *Médical and Gazette*, 1878).

Appendicite herniaire gauche.

Un homme, âgé de 63 ans et porteur d'une hernie inguinale gauche, fut admis à l'hôpital de Manchester le 8 mars 1878. Il était atteint d'obstruction intestinale.

Cinq jours avant son entrée, sa hernie prit un volume beaucoup plus considérable que d'habitude, mais il put encore la réduire en partie. Il appliqua son bandage.

Le jour suivant, elle sortit de nouveau ; il ne put la réduire. Un médecin appelé fit le taxis sans succès.

A son arrivée à l'hôpital, il était porteur d'une hernie inguinale gauche de la grosseur de la tête d'un adulte. Son pénis était entièrement caché par cette tumeur qui n'était pas très tendue.

En faisant tousser le malade, on sentait une légère impulsion. Il vomissait par intervalle ; sa température était normale et son pouls à 90. Il n'avait pas eu de selles depuis trois jours. Après un grand bain chaud, on essaya encore le taxis sans succès.

10 Mars. Nuit sans repos. Vomissements fécaloïdes : hoquet, visage anxieux. Hernie plus douloureuse. Température : 39° 4.

On décida l'opération. On débrida et on essaya la réduction sans ouvrir le sac, on ne put y parvenir. Le sac ouvert, il s'écoula une assez grande quantité de pus, d'odeur fécaloïde. On examina l'intestin, mais on ne trouva aucune perforation. Comme une intervention plus longue parut

dangereuse et comptant sur la production d'exsudats, on ferma la plaie sans réduire l'intestin.

Au réveil, il y a encore des vomissements fécaloïdes. De violentes douleurs survinrent bientôt après et il meurt à minuit.

Autopsie. On trouva dans le sac de l'intestin grêle le cœcum et le colon ascendant. Les anses étaient accolées par des exudats fibrineux et le cœcum adhérait à la face postérieure du rectum. L'appendice vermiforme considérablement augmenté se trouvait perforé à sa racine.

OBSERVATION XXVIII

(HERBETT. *Medical and Gazette* 1878).

Appendicite herniaire gauche.

Un homme de 65 ans souffrait depuis plusieurs années d'une hernie inguinale gauche qu'il pouvait réduire et qu'il maintenait avec un bandage.

Un jour, subitement, la hernie sort, augmente de volume et devient bientôt irréductible.

On note alors les phénomènes ordinaires de l'étranglement, la tumeur est modérément tendue. Elle est douloureuse et irréductible.

Nausées, vomissements.

Opération. Après 8 jours d'attente et les phénomènes ne s'amendant pas, on opère le neuvième jour.

Incision de la tumeur, ouverture du sac. On trouve à l'intérieur une masse énorme d'intestin perforé qui a ame-

né au dehors l'issue de matières stercorales, et l'apparition d'une péritonite herniaire.

La mort survient au bout de douze heures.

Autopsie. — On trouve dans le sac l'intestin grêle, le côlon, le cæcum et l'appendice. Ce dernier présente, vers sa base, une ulcération assez étendue qui a donné issue aux matières stercorales.

OBSERVATION XXIX

(SPLENGER, 1851)

Appendicite herniaire gauche.

Un garçon de 5 ans et demi, atteint de hernie inguinale gauche congénitale, la maintient dès les premiers temps par un bandage.

Malgré son application continuelle, la tumeur augmenta et prit la grandeur d'une bouteille de champagne.

Déjà, antérieurement, mais surtout depuis 6 mois, il y a de la constipation, les selles sont irrégulières ; vomissements, douleurs abdominales, etc. La tumeur devient irréductible, l'opération parut indiquée. Dans le sac on trouva un énorme paquet d'intestins grêles, le cæcum avec l'appendice adhérent au sac. Mort par péritonite.

Autopsie. — Le cæcum avec l'appendice se trouvait dans le sac herniaire à gauche. Le côlon ascendant était entraîné de sa place ordinaire et présentait un calibre diminué de moitié, par la traction continuelle qu'exerçait sur lui le cæcum.

OBSERVATION XXX

GESSLER, 1867, (Zeits. f. med. chir. und. Geburt.)

Appendicite herniaire gauche.

Femme de 70 ans, cachectique, atteinte de hernie inguinale droite réductible ; à gauche hernie inguinale en forme de sablier, dans le même état depuis trente ans. entrant dans la grande lèvre gauche ; la tumeur inférieure de la grosseur d'une noix, la supérieure du volume d'un œuf de pigeon. Sensibilité de l'abdomen surtout à la pression. Diarrhée et ballonnement du ventre. La tumeur gauche se laisse un peu refouler dans le canal inguinal. Après trois semaines la malade succombe.

Autopsie. — Dans le canal inguinal gauche l'on trouve l'appendice vermiforme à parois épaissies, avec un étranglement au milieu.

Le cæcum était logé derrière la symphyse et remontait de là vers l'ombilic. Il avait contracté des adhérences cartilagineuses avec la paroi abdominale antérieure et l'intestin grêle, son calibre était fortement augmenté.

Conclusions

1° Il existe une forme gauche de l'appendicite.

2° L'appendicite gauche relève de quatre causes différentes : l'inversion des organes, les troubles de la torsion de l'Anse embryonnaire, la persistance du mésocôlon ascendant et la longueur exagérée de l'appendice.

3° Le diagnostic est basé sur la localisation gauche, des symptômes. La radiographie, quand elle est possible, doit être pratiquée. Le diagnostic différentiel doit éliminer, outre les affections pouvant être confondues avec toute appendicite, l'appendicite droite avec symptômes prédominant à gauche, les sygmoïdites, l'ulcère de l'S iliaque, les affections chroniques du colon ilio-pelvien, et chez la femme, la salpingite.

4^o Le pronostic est grave, le chiffre de décès atteignant sensiblement 50 o/o.

5^o Le traitement varie suivant la gravité des symptômes et la précision du diagnostic.

Vu : *Le Président de thèse,*
LEJARS.

Vu : *Le Doyen,*
LANDOUZY.

Vu et permis d'imprimer :
Pour le vice-recteur de l'Académie de Paris,
L'Inspecteur d'Académie,
ISTRIA.

BIBLIOGRAPHIE

I. ANATOMIE

ALGLAVE. — Etude sur le traitement chirurgical de la tuberculose, du segment iléo-cæcal de l'intestin. — *Thèse de Paris*, 1904

BROCA (A.). — Extrophie de la vessie ; malformation intestinale concomittante. *Bulletin de la Société anatomique de Paris*, 1887, p. 791.

— Hernie du cæcum à gauche. *Ibidem*, 1891, p. 547.

BRUCE YOUNG. — On développement and abnormal arrangement of the intestine. *Memoirs and memoranda in anatomy*. Vol. I, 1889.

— Abnormal disposition of the côlon. *Journal of anatomy and. Physiology*. Octobre, 1884.

BUY. — Anatomie du colon transverse. — *Thèse de Toulouse*, 1901.

CLADO. — Anatomie et embryologie de l'appendice cœcal.
Bulletin de la Société de Biologie. Janvier, 1892.

CONDAMIN. — Appendice iléo-cæcal. — *Province médicale*,
21 février 1891.

CRUVEILHIER. — *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques. Article abdomen.* Paris, 1829.

DESCOMPS. — Anomalie de la torsion intestinale. — *Bulletin de la Soc. Anat. de Paris.* Juillet, 1909. *Journal d'anatomie*, 1909. p. 617.

FARABEUF. — Arrêt d'évolution de l'intestin. — *Progrès médical*, 1885, t. 2, p. 411.

FAURE (J. L.). — Anomalie dans la situation du cæcum et de l'extrémité de l'iléon. — *Bull. Soc. anat.* Janvier, 1895.

FRÉDET. — Article Péritoine *in Traité d'anatomie de Poirier-Nicolas.*

FROMONT. — Contribution à l'anatomie topographique de la portion sous-diaphragmatique du tube digestif.
Thèse de Lille, 1889-1890.

GRONROSS. — *Anatom. Anzeiger.* 1893, t. 9, p. 94-103.

GUIBÉ. — Anomalie du gros intestin. — *Bull. Soc. anat.* Novembre 1909.

HARTMANN. — Anomalies dans la situation du cæcum. — *Bulletins de la Société anatomique de Paris.* 1887.

— Quelques remarques sur le développement et la torsion de l'intestin. — *ibidem*, 1889.

JABOULAY. — Hernie interne rétro-péritonéale développée dans le feuillet droit du mésocolon ascendant. Absence de torsion intestinale. — *Progrès médical*, 25 juillet 1891.

— La torsion intestinale arrêtée au milieu de son excursion. — *Province médicale*, 24 octobre 1891.

JAYLE. — Anomalie du péritoine. *Bulletins de la Société anatomique de Paris*, 5 janvier 1894.

JONNESCO. — Hernies internes rétro-péritonéales. — Paris, 1890.

— Le côlon pelvien pendant la vie intra-utérine. *Thèse de Paris*, 1892.

KLUMPKE (Mlle). — Transposition des viscères de la cavité abdominale et thoracique. — *Société anatomique de Paris*, 18 février 1887.

KÖLLIKER. — Embryologie ou Traité complet du développement de l'homme et des animaux supérieurs. — Trad.-Schneider. Paris, 1882.

LACASSE ET NAU. — Anomalie de situation et de volume de l'intestin. — *Bull. Soc. anatomique*. Janvier 1904.

LEGUEU. — La situation du cæcum chez l'enfant. — *Soc. anatomique de Paris*. 5 février 1892.

PÉRIGNON. — Etude sur le développement du péritoine dans ses rapports avec l'évolution du tube digestif et de ses annexes. — *Thèse de Paris*, 1892.

— Voir Rogie et Pérignon.

PRENANT. — Éléments d'embryologie de l'homme et des vertébrés. T. 2. p. 777.

PUJOL. — De la hernie inguinale gauche du cæcum. — *Gazette des hôpitaux*, Octobre 1896.

ROGIE. — Note sur l'évolution de la portion intra-duodénale, du tube digestif et de son mésentère. *Bull. Soc. anat. clin.*, Lille 1889.

— Notes sur divers points de l'anatomie du péritoine. *Ibidem* 1894 et Paris 1895.

ROGIE et PERIGNON. — Anomalie d'évolution du péritoine, persistance du méso-duodénum et du Mésentère commun primitif chez un fœtus de 7 mois 1/2. *Ibidem*, 1891.

TOLDT. — Bau und Wachstumsveränderungen der Gekrose des menschlichen Darmcanales. — Wien 1879.

— Die Darmgekrose und Netze im gesetzmassigen und in gesetzwidrigen Zustand. — Wien 1889.

— Ueber die masegebenden Gesichtspunkte in der Anatomie des Bauchfells und der Gekrose. Wien, 1893.

— Ueber die Geschite der Mesenterien. *Anat. Anzeiger*, 1893.

— Bauchfell und Gekrose. *Ergebnisse der Anat. u. Entwick.*, 1893-1894.

TRÈVES. — Lectures on the anatomy of the intestinal canal and përitoneum in man. *British medical Journal*, 1885.

TUFFIER. — Etude sur le cæcum et ses hernies. — *Archives générales de Médecine*, 1887, p. 661-666.

Von ARX. — Cæcum in einer Scrotalhernie. — *Corresp. Bl. f. Schw. Ärtze*. Déc. 1886.

VOISIN. — Hernie sous-ombilicale de l'estomac et de la rate. Anomalie du foie et du gros intestin. *Bulletin de la Société Anatomique*. Janvier 1903.

II. PATHOLOGIE

AROUD. — Contribution à l'étude de l'appendicite à gauche. *Thèse de Lyon*, 1900.

AUBOURG. — Radiographie de l'appendice iléo-cæcal sur le vivant. — *Presse Médicale*, 28 mai 1910.

AUVRAY. — Diagnostic de l'appendicite.

BARBET. — De quelques formes anormales d'appendicite avec abcès iliaque gauche. — *Th. de Paris*, 1898.

BARIETY. — Hernies de l'appendice cæcal compliquées d'appendicites. — *Thèse de Paris*, 1895.

BAUMGÄRTNER. — Appendicite chez une malade atteinte d'anomalie du gros intestin. Gros intestin à gauche. — *Communication au Congrès de Chirurgie*, 1912.

BOUILLY. — *Semaine gynécologique*, oct. 1897.

BROCA. — L'appendicite.

CADE. — Colites infectieuses aiguës chez l'adulte. — *XIII^e Congrès Français de Médecine.*

CARLSON. — De quelques formes de péritonite chronique dans la partie latérale gauche de l'abdomen. *Hygiea*, juin 1904. In *Semaine Médicale* du 7 septembre 1904.

CHAUVEAU. — L'appendicite à gauche. — *Thèse de Paris* 1907.

DESBOUIS. — Voir Moure et Desbouis.

DOLÉRIS. — *Bull. Soc. obst. et gynéc.*, 14 oct. 1897.

DORMOY. — De l'appendicite à forme pelvienne. *Thèse de Lyon*, 1897.

DUCATTE. — Les ptoses du gros intestin. *Thèse Paris* 1899.

DUVAL. — Voir Quénu et Duval.

FAURE et SIREDEY. — *Traité de Gynécologie.*

FOURNIER (d'Amiens). — Un cas d'appendicite à gauche. *Bulletin Médical*, mai 1900.

GEISSLER. — *Zeits f. méd. chir. und Geburt.* 1867.

GUINARD. — Maladies de l'abdomen. — In *Traité de Chirurgie* de Le Dentu et Delbet.

HARRIS. — *Journ. Amér. Assoc.*, 21 décembre 1895.

HARTMANN. — Proctoscopie et sigmoïdoscopie. *Archives des Maladies de l'appareil digestif et de la Nutrition*, 15 mai 1908.

HARTWELL (Jonh. A). — Diverticulite intestinale. *Société de Chirurgie de New-York. In Revue de Chirurgie*, sept. 1910. p. 711.

HUTINEL et NOBÉCOURT. — Colites aiguës chez les enfants. *Rapport au XIII^e Congrès de Médecine*.

JALAGUIER. — Traité de Chirurgie de Duplay et Reclus.

JOHNSON. — Un cas d'appendicite à gauche. Présentation à la Société de Chirurgie de New-York. *In Annals of Surgery*, juillet 1908. Résumé dans le *Journal de Chirurgie* T. I. 1908, p. 623.

KAREWSKY. — Ueber Perityphlitis auf der linken Seite. *Berliner Klinische Wochenschrift*. 31 janvier 1910, n° 5 du tome XLVII.

LANCE. — Deux cas d'appendicite pelvienne gauche. *Bulletins de la Société anatomique*, octobre et novembre 1902.

LE LANDAIS. — Absès iliaques gauches d'origine sigmoïdienne. *Thèse de Lyon*, 1910-1911.

LEJARS. — Sigmoidite et pérисigmoidite. *Semaine Médicale*, 27 janvier 1904.

LEROY. — Diagnostic différentiel de l'appendicite et des affections périutérines. *Thèse de Paris*, 1897.

LIERTZ. — Statistiques d'appendicites. *Arch. f. kl. Chirurg.*, T. LXXXIX, 1909.

MAXWELL TELLING. — Les diverticules acquis de l'anse sigmoïde considérés spécialement au point de vue des processus pathologiques secondaires et de leurs signes cliniques, *LANCET* 1908. *In Semaine Médicale*, 22 avril 1908.

MOURE et DESBOUIS. — Sigméïdite suraiguë perforante. *Presse Médicale*, 29 déc. 1909.

NOBÉCOURT. — (Voir Hutinel et Nobécourt).

OBRATZÖFF. — *Médecine moderne*, 1895.

PATEL. — Sigméïdites et Périsigméïdites. *Revue de Chirurgie*, 1907, p. 420 et 698.

QUÉNU et DUVAL. — L'ulcère simple du gros intestin. *Revue de Chirurgie*, 1902.

RAYBAUD. — *Marseille Médical*, 1900, p. 270.

RÉGNIER. — Les sigméïdites. *Thèse de Lyon*, 1897-1898.

RICARD. — L'appendicite. — Revue générale. *Gazette des Hôpitaux*, 1891.

ROUTIER. — Communication à la Société de chirurgie. — *Bulletins de la Société de chirurgie*. 15 octobre 1890. p. 630.

RYERSON FOWLER. — *Med. News*. 25 novembre 1893.

SAILLANT. — Sigméïdite et Périsigméïdite. — *Thèse de Paris*, 1906.

SAUERBECK. — Un cas d'appendicite à gauche. — *Arch. fur. Klinische chirurgie*, 1909, in *Journal de chirurgie*, 1910 II p. 430.

SAWICKY. — Sigmoïdite. — *Gazeta Lekarska*, oct. 1908.
in, *Journal de chirurgie*, 1908, p. 979.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE. — *Bull. et mémoires*, 1906. Discussion sur la sigmoïdite. Loison-Broca-Jalaguier.

SOKOLOVA. — Etude sur l'inflammation de l'appendice situé du côté gauche. — *Roussky Vratch*. T. IX, 7 août 1910. In *Journal de chirurgie*, 1910. II. p. 430.

STRAUSS. — Sur les indications et les contre-indications de la sigmoïdoscopie. *Deutsche medizinische Wochenschrift*. Déc. 1909. *Communication au Congrès international de médecine de Budapest*. In *Journal de chirurgie*, t. 4, p. 185.

TALAMON. — De l'appendicite. — Bibliothèque Charcot-Debove.

— Statistique sur 80 cas d'appendicite. — *Bull. de la Soc. de Méd. des Hôpitaux de Paris*. Avril 1897.

— La colique appendiculaire, 1909.

TERMET et VANVERTS. — De la prédominance des symptômes à gauche dans l'appendicite. — *Gazette des Hôpitaux*, 9-11-16-20 mars 1897.

VAUTRIN. — Des appendicites anormales. — *Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale*, 1898.

VERDENAL. — Diverticules de l'S iliaque. — *Thèse de Lyon*, 1906-1907.

WALTHER. — L'appendice à gauche. — *Communication au Congrès de Chirurgie*, 1912.

Table des Matières

	PAGES
CHAPITRE I. — Définition et Historique. . . .	11
CHAPITRE II. — Etiologie-Pathogénie.	15
CHAPITRE III. — Evolution de l'anse ombilicale chez l'embryon.	21
CHAPITRE IV. — Quelques remarques au sujet de la torsion de l'anse ombilicale. . . .	47
CHAPITRE V. — Symptômes et Diagnostic. . . .	50
CHAPITRE VI. — Pronostic-Traitement.	67
OBSERVATIONS.	69
CONCLUSION	111
BIBLIOGRAPHIE.	113



IMPRIMERIE SPÉCIALE
de la Librairie OLLIER-HENRY
26 — Rue Monsieur-le-Prince — 26
PARIS (VI^e)



